

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Ana María Avecillas Grisales con CI # 1714483037 y Deliana Matilde Solis Palomino con CI#1710569466, autoras del trabajo de investigación titulado:

“EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN COMUNICACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA, DE LOS RESIDENTES DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA “LA Y”, PERIODO MARZO – MAYO 2015” En la Facultad de Medicina:

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación, para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 14 de Agosto del 2015

Ana María Avecillas Grisales
CI # 1714483037

Deliana Solis Palomino
CI # 1710569466

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TEMA:

**“EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN COMUNICACIÓN DURANTE LA
ENTREVISTA CLÍNICA, DE LOS RESIDENTES DEL POSTGRADO DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR, EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA Y
“LA Y”, PERIODO MARZO-MAYO 2015”**

AUTORES: DRA. ANA MARÍA AVECILLAS GRISALES
DRA. DELIANA MATILDE SOLIS PALOMINO

DIRECTOR GENERAL: DR. EDGAR LEÓN SEGOVIA
DIRECTOR METODOLÓGICO: DRA. ROSA GOYES

QUITO, 14 DE AGOSTO 2015

AGRADECIMIENTOS

Deliana:

Al autor de mis días, mi salvador y mi amigo; quien ha hecho de mí lo que soy, y me permitió llegar a donde ahora estoy. A Dan, mi amado esposo, por su abnegación y esfuerzo para cumplir con todos los roles en mi hogar durante esta etapa. A Ashley y Johnathan por haber tenido paciencia cuando mami no estuvo, y aún así, esperarme con una sonrisa y un beso. A mis Padres por su amor y oraciones.

Anita:

Agradezco a todos quienes me han acompañado en este caminar, siempre lleno de ilusión por alcanzar los sueños. A Dios, mis padres, hermanos, amigos, compañeros y maestros.

Un especial agradecimiento a todo el personal de la Clínica de Medicina Familiar “La Y”, y a la coordinadora de residentes del Hospital Vozandes Quito, Dra. Katherine Rosero, ya que sin su apoyo para la logística esta investigación no hubiera sido posible. Además a los Drs. Rosa Goyes y Edgar León, por su dedicación desinteresada, tiempo, paciencia y apoyo.

Este trabajo esta dedicado a la persona que desempeñó un rol fundamental en su elaboración, a nuestro paciente simulado, que tuvo que mantener su papel durante tantas entrevistas y a lo largo de algunos meses, con gran paciencia y amor.

ÍNDICE DEL CUERPO PRINCIPAL

<i>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</i>	<i>1</i>
1.1. <i>INTRODUCCIÓN.....</i>	<i>1</i>
1.2. <i>JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>3</i>
<i>CAPÍTULO 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>6</i>
2.1. <i>COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR.....</i>	<i>6</i>
2.1.1. <i>MEDICINA FAMILIAR – GENERALIDADES</i>	<i>6</i>
2.1.2. <i>LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO DE FAMILIA</i>	<i>7</i>
2.2. <i>COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.....</i>	<i>10</i>
2.2.1. <i>RELACIÓN MÉDICO PACIENTE - DEFINICIÓN</i>	<i>10</i>
2.2.2. <i>RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO.....</i>	<i>11</i>
2.2.3. <i>PAPEL DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.....</i>	<i>13</i>
2.2.4. <i>PRINCIPIOS ASOCIADOS CON LA ADECUADA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE</i>	<i>16</i>
2.3. <i>ENTREVISTA CLÍNICA</i>	<i>19</i>
2.3.1. <i>ENTREVISTA CLÍNICA - DEFINICIÓN.....</i>	<i>19</i>
2.3.2. <i>MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL PACIENTE.....</i>	<i>19</i>
2.3.3. <i>ELEMENTOS DE UNA ENTREVISTA CLÍNICA SEMI - ESTRUCTURADA.....</i>	<i>20</i>
2.3.3.1. <i>ENTREVISTA CLÍNICA SEGÚN EL MÉTODO CALGARY / CAMBRIDGE.....</i>	<i>23</i>
2.3.4. <i>DISFUNCIONES DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA.....</i>	<i>28</i>
2.4. <i>ENSEÑANZA Y EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA CLÍNICA</i>	<i>30</i>
2.4.1. <i>ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN</i>	<i>30</i>
2.4.1.1. <i>USO DE PACIENTES SIMULADOS EN LA ENSEÑANZA DE LA COMUNICACIÓN</i>	<i>32</i>
2.4.2. <i>EVALUACIÓN DE HABILIDADES EN LA COMUNICACIÓN</i>	<i>34</i>
<i>CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</i>	<i>39</i>

3.1. OBJETIVOS	39
3.1.1. OBJETIVO GENERAL	39
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3.2. HIPÓTESIS.....	40
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	41
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	41
4.2. UNIVERSO Y MUESTRA	41
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	42
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	42
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	43
4.5. TÉCNICAS/INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
4.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	48
4.7. ASPECTOS BIOÉTICOS	48
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	50
5.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO	50
5.1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	50
5.1.2. ANÁLISIS COMPARATIVO	54
5.2. ANÁLISIS CUALITATIVO	60
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	66
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
7.1. CONCLUSIONES.....	70
7.2. RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS.....	73
ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Análisis descriptivo de los dominios de la Escala Global de Evaluación de Consulta.....	533
Tabla N° 2. Duración de las entrevistas clínicas según año de residencia de los médicos postgradistas.	555
Tabla N° 3. Comparación de promedio de duración de las entrevistas clínicas según año de residencia del médico.	555
Tabla N° 4. Cálculo de factor ANOVA para determinar diferencia de medias entre subgrupos de residentes de los diferentes años.	577
Tabla N° 5. Test de Scheffe para identificar diferencia de medias entre 2 subgrupos en cada dominio de la EGEC.	58
Tabla N° 6. Diferencia de medias entre grupos por género de los diferentes dominios de la EGEC.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución de los residentes por género.	51
Gráfico N° 2 Distribución de los residentes por año	52
Gráfico N° 3 Evaluación global de la Entrevista Clínica	54

RESUMEN

- **Antecedentes:** La comunicación es la base fundamental de una adecuada relación médico-paciente, su sustrato es la entrevista clínica semiestructurada. Esta habilidad puede ser enseñada y evaluada, ya que según los resultados de algunos estudios no se aprende de manera empírica; la metodología empleada debe ser teórico-práctica, con reforzamiento permanente.
- **Objetivos:** Establecer el nivel de competencia de los médicos residentes del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) - Hospital Vozandes Quito, en cuanto a la comunicación durante la entrevista clínica con pacientes simulados, atendidos en el centro de Medicina Familiar de “La Y” de manera ambulatoria. Determinar si existen características de los médicos que facilitan la comunicación con el paciente, como género y años de residencia.
- **Métodos:** Estudio transversal, mixto, que evaluó las habilidades para la comunicación de 21 residentes mediante videgrabaciones con un paciente simulado. Los residentes accedieron a un cegamiento simple mediante un consentimiento informado. Con la observación de las entrevistas por ambas autoras, se usaron como instrumentos la Escala Global de Evaluación de Consulta (EGEC), y diarios de campo para la evaluación cuantitativa y cualitativa respectivamente.
- **Resultados:** Los dominios de mayor déficit, con porcentajes menores al 30% del máximo fueron: exploración de la perspectiva del paciente, facilitación de la estructura de la entrevista, cantidad/tipo de información brindada y toma de decisiones en común. Mediante el test de ANOVA para un factor y el test de Scheffe, se encontró una

diferencia significativa entre los residentes de primero y segundo año en los dominios de planificación/toma de decisiones en común ($p=0.02$, Scheffe= 0.03), e identificación del problema ($p=0.04$, Scheffe= 0.05), con mejores puntajes en los residentes de segundo año. También se determinó una diferencia significativa entre residentes de género masculino y femenino en los dominios: inicio de la sesión, facilitación de la estructura, adopción de la perspectiva del paciente y puntaje total, (test t de student con $p < 0.05$), siendo todos estos puntajes mayores en los residentes de género masculino.

En el análisis cualitativo se observó: agendas centradas en el médico, poca estructuración de las entrevistas con tendencia a la dispersión, abordaje escaso del área psicosocial y la perspectiva del paciente, explicaciones excesivas y complejas, enfoque en recomendaciones primarias y secundarias que desplazaron el motivo de consulta, negociación casi nula, falta de consideración por el costo económico del plan de manejo elaborado, ausencia de monitoreo de comprensión de la información intercambiada.

- **Conclusiones:** Los médicos residentes evaluados presentaron déficit en todos los dominios de la comunicación durante la entrevista clínica, sin mayores diferencias según subgrupos de género o año de estudio.
- **Palabras Clave:** Comunicación, relación médico paciente, competencia médica, entrevista clínica semiestructurada.

SUMMARY

-Background: Communication is the foundation of a proper doctor-patient relationship, the substrate is a semi-structured clinical interview. This skill can be taught and assessed, since according to the results of some studies do not learn empirically; the methodology must be theoretical and practical, with permanent reinforcement.

- Objectives: To establish the level of competency of the postgraduate medical residents of Family Medicine at the Universidad Católica del Ecuador (PUCE) – Hospital Vozandes Quito, in terms of communication, during the clinical interview with simulated patients treated at the center of Family Medicine "The Y". Determine if there are characteristics of physicians that facilitate communication with the patient, such as gender and years of residency.

- Methods: Cross-sectional, mixed study, which evaluated the communication skills of 21 residents through videotapes with a simulated patient. Residents agreed to a single blind through informed consent. With the observation of the interviews by both authors, it was used as instruments Global Consultation Assessment Scale (EGEC), and field diaries for quantitative and qualitative evaluation respectively.

- Results: The largest deficit domains, with percentages below 30% of the maximum were: exploring the patient's perspective, facilitating the interview structure, amount / type of

information provided and making in common decisions. By ANOVA for one factor and Scheffe test, a significant difference between the residents of first and second year in the fields of planning / decision-making in common ($p = 0.02$, Scheffe = 0.03) was found, and identification the problem ($p = 0.04$, Scheffe = 0.05), with better scores on second-year residents. A significant difference between male and female residents of gender in the domains was also determined: start of the session, providing structure, adopting the perspective of the patient and total score, with higher scores in all these residents male (test Student t with $p < 0.05$).

The qualitative analysis showed: agendas focused on the doctor, poor structured interviews with tendency to the dispersion, poor approach to psychosocial and patient perspective, excessive and complex explanations focus on primary recommendations and secondary that displaced the reason consultation, almost no negotiation, disregard for the economic cost of the management plan developed, lack of monitoring understanding of the information exchanged.

– **Conclusions:** The evaluated medical residents were deficient in all areas of communication during the clinical interview, without major differences by gender subgroups or year of study.

- **Keywords:** Communication, doctor patient relationship, medical competence, semi-structured clinical interview.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

Desde la época de Hipócrates se ha observado la relación médico paciente y sus componentes, la comunicación se ha reconocido como fundamental para su desarrollo (1), (2). La entrevista clínica es la actividad médica más comúnmente realizada (3), la efectividad de cada acto dentro de ella está condicionada por la relación que se genera entre los dos o más seres que interactúan, siendo la comunicación un puente entre ellas. (4), (5)

La comunicación durante la entrevista clínica tiene intencionalidad, ya que se sabe con anticipación qué tipo de información se quiere recabar e informar dentro de un proceso participativo, hacerlo se ve facilitado con el empleo de una guía, mediante una entrevista semiestructurada.

La entrevista semi estructurada consiste en una secuencia lógica de intervenciones que conforman una guía orientativa. La existencia de una “estructura” evita que el médico divague sin sentido en las diferentes partes de la consulta, a la vez permite que organice su pensamiento y guíe la entrevista según hacia donde quiere llegar, también sirve para identificar qué etapas de la entrevista ya han concluido y previene que olvide o salte partes

importantes que requieren ser abordadas (6); asegurando así unos mínimos de calidad en la comunicación. (7)

Varias declaraciones y consensos han propuesto habilidades esenciales que deben ser adquiridas en el espectro de la educación médica, entre ellos se encuentran; el Consenso de Kalamazoo I y II, Consenso de Toronto, Accreditation Council for Graduate Medical Education (3). Según la guía para la entrevista médica de Calgary/Cambridge, el proceso de comunicación entre el médico y el paciente debe constar de los siguientes momentos: inicio de la sesión, reunir toda la información, examen físico, explicación/planificación de acciones y cierre de la sesión (8). Para la validación de la guía Calgary Cambridge, se creó el Global Consultation Rating Scale (GCRS), que evalúa la comunicación durante todos los momentos de la entrevista clínica, según 12 dominios usando una escala likert que va de 0: nada/pobre, 1: adecuado y 2: bien realizado; esta escala ha sido validada en varios países, demostrando ser una herramienta de alta confiabilidad (8). Se adjunta la escala en los anexos de esta investigación, (anexo 1).

La comunicación efectiva durante la entrevista clínica influye de manera positiva en la atención médica centrada en el paciente, cuyos objetivos son llegar a determinar qué trae al paciente a la consulta y cómo se lo puede ayudar (6); teniendo esto en mente, se facilita el proceso de elaborar un diagnóstico, establecer qué necesidades de información tiene el paciente para así informarlo según su demanda individual y finalmente construir un plan según común acuerdo, satisfaciendo la agenda del paciente y del médico (5); obteniendo como beneficio adicional una mejor gestión del tiempo (4). Para todo esto, el médico requiere tres tipos de habilidades puntuales; de contenido, de proceso y

perceptuales; es decir, habilidades para saber qué dice, cómo lo hace y qué siente durante todo el proceso.

La comunicación durante la entrevista clínica es una habilidad que puede ser enseñada y evaluada (3), la incursión en el desarrollo de esta destreza de manera tecnificada empezó hace alrededor de 60 años con el empleo de lecturas, talleres, juego de roles y observación directa del desempeño del estudiante con pacientes reales y simulados (presencia del tutor, cámaras de Gesell, grabaciones de audio/video), (9), (10) ; recalcando que los métodos empleados para su enseñanza son los mismos que se usan para su evaluación (9). Lastimosamente, la educación médica tradicional es inefectiva al enseñar esta habilidad ya que únicamente emplea cursos teóricos, siendo necesaria la práctica y reforzamiento continuos. (9)

1.2. JUSTIFICACIÓN

Las competencias médicas son el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten excelencia en la práctica clínica (11). El Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá bajo una estructura de educación médica denominada CanMeds, determinó que la comunicación es una de las competencias fundamentales para la práctica de la Medicina de Familia, junto con ser experto en medicina, colaborador, líder, defensor de la salud, educador y profesional.

Consideramos indispensable conocer cuál es el grado de desarrollo de las habilidades en comunicación de los residentes de la especialización en Medicina Familiar,

debido a que se ha determinado a través de diversos estudios que esta habilidad es uno de los pilares de la relación médico paciente e influye positivamente en todo el proceso diagnóstico-terapéutico, tomando en cuenta que el programa de formación del que somos estudiantes dedica algunas horas teóricas a su enseñanza, y a que según diversos estudios, ciertas habilidades no se aprenden por experiencia ni de manera espontánea. (10), (12)

La enseñanza y evaluación de las habilidades en comunicación comparten la misma metodología. Un programa adecuadamente estructurado y efectivo debe brindar clases teórico prácticas, que permitan al estudiante desarrollar esta habilidad de forma vivencial a través de juego de roles y supervisión directa con pacientes reales o simulados (6), (13). Debido a la cosmovisión del médico latinoamericano y al proceso evolutivo que ha tenido su relación con los pacientes, en la actualidad la entrevista clínica tiende a ser intuitiva y dispersa, centrada en la agenda del médico, con escaso interés en la percepción del paciente; razón por la que creemos importante evaluar la comunicación a través de un instrumento que toma en cuenta a la entrevista semiestructurada, siendo esta la base de la interacción médico paciente.

Uno de los métodos más ampliamente usados al enseñar y evaluar destrezas en comunicación, es a través del uso de “pacientes simulados o estandarizados” (SP por sus siglas en inglés); que se han definido como una persona o actor que es cuidadosamente entrenada para con precisión, en repetidas ocasiones, y de manera realista, recrear los hallazgos de una historia, así como las respuestas psicológicas y emocionales que tendría un paciente real. (14)

Por todo lo mencionado, consideramos que la comunicación constituye uno de los pilares fundamentales en la formación de los médicos en general y en especial de los médicos de familia, por tanto, es necesaria la realización de un estudio que permita hacer una evaluación de dicha competencia, ya que en el futuro este análisis permitirá la reestructuración del programa con énfasis en las áreas de mayor requerimiento.

CAPÍTULO 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR

2.1.1. *MEDICINA FAMILIAR – GENERALIDADES*

La Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones de Médicos de Familia, (WONCA por sus siglas en inglés), define a la Medicina de Familia como una especialidad clínica orientada a la Atención Primaria de Salud (APS), además como una disciplina académica científica, con contenidos pedagógicos, de investigación y evidencia fundamentada (15). El Colegio de Médicos de Canadá afirma que esta especialidad es integral y continua, que está centrada en una relación de confianza y aplica e integra el conocimiento médico, las habilidades clínicas y las actitudes profesionales para el cuidado del paciente y su familia. (16)

En Ecuador, la Medicina Familiar fue reconocida como especialidad en el año 2012, pese a que existen algunos programas de formación en el área desde hace 20 años, gran parte de la población desconoce sus competencias y campo de acción.

La Medicina Familiar tiene características que la hacen única al ser la especialidad efectora de la APS, entre ellas podemos mencionar: trabajar con y para el individuo, su familia y comunidad, basarse en tecnologías accesibles y probadas, integrarse con otros

sectores que intervienen en el desarrollo socio económico de la sociedad, trabajar de manera continua y acompañar a los individuos a lo largo de todo su ciclo vital, responder a la problemática que afronta cada grupo de personas; todo esto con el fin de brindar atención de salud de calidad. Los médicos que la ejercen tienen la capacidad de tratar enfermedades agudas y crónicas, sin dejar de lado las actividades preventivas y guías anticipatorias acordes al ciclo de vida en el que se encuentra cada persona, ocupándose de los problemas físicos, psicológicos y sociales (15), (17). Existen características que se han incorporado a las antes mencionadas, como por ejemplo, la búsqueda de la eliminación de barreras para acceder a los sistemas de información, el empleo de herramientas avanzadas como la historia clínica electrónica, y un enfoque basado en la calidad y los resultados, tratando de gestionar una práctica mejormente financiada. (17)

2.1.2. LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO DE FAMILIA

Las competencias médicas son el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten una excelencia en la práctica clínica, misma que debe ser dinámica y adecuarse al contexto en que se desarrolla. (11)

La descripción de las competencias de los médicos de familia ha sido liderada desde su lanzamiento por el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá, quien adoptó en 1996 una estructura de educación médica denominada CanMEDS, que actualmente trabaja sobre un modelo para el entrenamiento, que establece normas claras y altos estándares sobre las competencias esperadas de médicos graduados y en programas de postgrado, y se ha convertido en el más aceptado y aplicado marco de referencia en todo el

mundo. CanMEDS determinó que un médico de familia debe ser experto en medicina, comunicador, colaborador, líder, defensor de la salud, educador y profesional.

Este marco de competencias ha tenido desde entonces varias adaptaciones y cambios, el último de los cuales fue realizado durante la convención para lanzar el borrador del CanMEDS del 2015, en el que se trabajó en seguridad del paciente y salud electrónica (empleo de tecnología para aumentar la eficacia de los procesos). Además se concluyó que las competencias deben describir las habilidades activas necesarias, en lugar de conocimiento o comprensión de esas habilidades; por lo tanto, se prefieren verbos como "identificar", "analizar", "realizar" o "demostrar", en lugar de "describir" o "explicar" las competencias requeridas. (18)

– ***EXPERTO EN MEDICINA***

Como médicos expertos, los especialistas en medicina de familia se dedican a la aplicación de sus conocimientos, habilidades clínicas y actitudes profesionales, para la prestación de servicios de salud de alta calidad y centrados en el paciente. Siendo la primera competencia, destaca la importancia de integrar los otros seis roles que están intrínsecamente contenidos.

– ***COMUNICADOR***

Como comunicadores, los médicos establecen relaciones con los pacientes y sus familias que facilitan la recopilación y el intercambio de información esencial para el cuidado de su salud. El alcance del papel del médico de familia como comunicador ahora es más explícito, con un mayor énfasis en la educación, incluyendo la negociación y tomando en cuenta el contexto social, cultural y económico.

– ***COLABORADOR***

Esta habilidad del médico familiar indica brindar una colaboración intraprofesional. Promueve un modelo centrado en las relaciones de cuidado, colaborando e incluyendo la perspectiva del paciente en el proceso de toma de decisiones. Se ha explicado que el término "proveedores de atención de la salud" se debe de usar en lugar de "profesionales", esto es para incluir potencialmente a otros que no forman parte de las profesiones sanitarias pero juegan un papel en el cuidado de muchos pacientes y que son importantes colaboradores en la prestación de una atención óptima.

– ***LIDER***

Antes a esta competencia se la conocía como la de “administrador”, pero ahora se ha propuesto el nombre de "líder", ya que es él quien está a cargo de los procesos de seguridad del paciente y mejora de la calidad en la atención médica. La correcta asignación de recursos se ha concebido como una función de una buena administración. Se ha hecho hincapié en el desarrollo de habilidades para lograr un equilibrio entre la práctica profesional y la vida personal.

– ***DEFENSOR DE LA SALUD***

Como defensores de la salud, los médicos de familia utilizan su experticia e influencia para avanzar en la salud y el bienestar de sus pacientes, familias y comunidades, además responden a las necesidades individuales de cada persona y colectivo e identifican los determinantes de la salud de la comunidad.

– ***EDUCADOR***

En su rol de educadores, los médicos deben demostrar un compromiso a lo largo de su vida con el aprendizaje reflexivo, así como la creación, difusión, aplicación y la traducción de los conocimientos médicos, para ello, deben mantener y mejorar actividades profesionales a través del aprendizaje, evaluar críticamente la información y sus fuentes, tomándola en cuenta para la toma de decisiones, todo ello con el objetivo de facilitar el aprendizaje de pacientes, familias, estudiantes y otros profesionales de la salud.

– ***PROFESIONAL***

En cuanto a ser profesionales, los médicos deben estar comprometidos con el bienestar de los individuos y comunidades a través de la práctica ética, la regulación de las actividades realizadas mediante el mantenimiento de la competencia, asimismo, con el ideal de fijar altos estándares personales de comportamiento, que incluyen honestidad, integridad, compromiso, compasión, respeto y altruismo.

2.2. COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

2.2.1. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE - DEFINICIÓN

La relación médico-paciente se define como “un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos, que se dan como supuestos de los encuentros clínicos” (19). Esta relación no se limita al vínculo médico - enfermedad, ya que se incorporan sentimientos, principios y vivencias entre ambas personas, lo que

conlleve implicaciones éticas, sociales y hasta legales (20), determinando de manera directa la satisfacción de ambos actores. (2)

2.2.2. *RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO*

Existen diferencias importantes en la relación-médico paciente que se establece con un profesional anglosajón y uno hispano, debido principalmente a la cultura de la que provienen, por esta razón, vale la pena explorar un poco estas diferencias, lo que permitirá entender si el modelo de entrevista semiestructurada empleado en esta investigación (Calgary-Cambridge, británico), es factible para ser aplicado en nuestro contexto.

Para Lourdez Alcañiz, periodista y escritora de temas relacionados con diferencias entre médicos latinos y norteamericanos, el contraste cultural entre profesionales se expresa en varias maneras:

- ✓ El médico anglosajón aborda a sus pacientes de manera directa, lo cual puede ser tomado como un trato frío por los pacientes latinos.
- ✓ La distancia personal en la disposición espacial es más corta entre el médico latino y su paciente, es decir, se comunican estando más cerca y a menudo hay algún tipo de contacto físico al hablar para enfatizar lo que se está diciendo, o para mostrar solidaridad con el dolor del paciente, sin embargo esto podría ser mal interpretado por un paciente en Norteamérica, ya que invade su espacio individual.
- ✓ La confidencialidad es sumamente importante para los pacientes anglosajones, así es usual que exijan que su información médica sea manejada con mucha discreción, a

diferencia de los latinos, para quienes la toma de decisiones es realizada en no pocas ocasiones por todo el cuerpo familiar y a veces hasta por amigos.

- ✓ Otra forma diferente al relacionarse con los pacientes se refleja en la apertura que muchos médicos latinos tienen hacia el uso de sustancias de origen natural, lo cual en otras culturas, ofrece mucha resistencia.

Para entender por qué estas diferencias en la cosmovisión, hay que remontarse a la historia de relación médico-paciente, la cual ha cambiado desde de la amistad griega y el amor al prójimo medieval a la camaradería moderna, separando con ello tres épocas, pues en cada una se ve al hombre (paciente) de manera distinta, lo que postula actualmente, al ser humano como forjador de su propia naturaleza y destino. En resumen, de la dinámica de la relación médico-paciente actual surge un mundo subjetivo que obliga a la medicina a incorporar lo antropológico; incluyendo en su acción científico-técnica lo psicosomático y personal. (21)

Cualquier clase de relación entre personas brinda diversidad de modalidades y tipos según la condición y características de los actores. Factores como edad, sexo, cultura, profesión, estudios, lenguaje y posibilidades expresivas, posición socioeconómica, manejo de la independencia en la toma de decisiones y el poder en general, aspectos afectivos y religiosos, estado anímico e impacto del dolor y sufrimiento, entre otras cosas, determinan fuertemente una relación entre personas. La existencia de estas características en conjunto o en parte, ha generado modelos o tipologías de la relación médico-paciente desde que la medicina se ejerce como arte, oficio o disciplina científica.

Uno de esos modelos de relación médico-paciente que todavía se practica habitualmente con algunas modificaciones en Latinoamérica y de manera específica en Ecuador, a pesar de los cambios suscitados durante la historia, es el modelo paternalista, en el cual el médico proporciona al enfermo la información que él cree apropiada para conducirlo a consentir la opción terapéutica que considera óptima desde su posición de experto (21). Por tanto, no toma en cuenta el mundo de ideas y percepciones del paciente, tampoco lo invita a participar en las decisiones, lo que lo coloca en una situación de vulnerabilidad. En las últimas décadas, la forma de relacionarse entre médicos y pacientes ha cambiado drásticamente debido al paso del modelo paternalista antes mencionado, al modelo autonomista centrado en el paciente, (el paciente es un sujeto que posee derechos y participa activamente en la toma de decisiones); de esta manera, la relación pasó a ser horizontal en vez de vertical (22). En nuestro país se observa un fenómeno de transición entre ambos modelos, ya que si bien se valida al paciente como entidad biopsicosocial y espiritual, la relación es preponderantemente autoritaria. El empleo de una herramienta para evaluación de la comunicación creada en Inglaterra, donde predomina el modelo de atención centrado en el paciente, permite contrastar nuestra realidad.

2.2.3. PAPEL DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La comunicación es un proceso dinámico, que involucra información y emociones, siendo resultado de una interacción entre factores como la personalidad de los involucrados y el contexto sociocultural; durante este proceso se transmite información desde un emisor a un receptor, para que suceda de manera exitosa debe existir un código compartido entre ambas partes. El mensaje transmitido depende altamente de la relación entre los participantes. (23)

A pesar de que la observación de la relación médico paciente se remonta hasta la época de Hipócrates, no fue sino hasta después de 1960 que el comportamiento específico de los médicos que favorece una mejor comunicación empezó a estudiarse de manera sistemática. Con el pasar de los años, la investigación se ha centrado en los efectos de las habilidades de comunicación interpersonal del médico y la educación que se da al paciente, en su satisfacción y adherencia al régimen terapéutico. (1)

La comunicación médico-paciente ha sido reconocida desde hace mucho tiempo como elemento fundamental de la relación entre ambas partes (2), (10), (24). Cada actividad médica implica comunicación, por tanto, la efectividad de la acción del profesional sanitario se ve condicionada por la relación humana que tiene lugar durante la entrevista clínica (4), (5). Un médico realiza en promedio 300000 entrevistas clínicas, convirtiéndola en la actividad más comúnmente realizada. (3)

La evidencia ha demostrado que la comunicación clínica efectiva influye de manera positiva en el proceso diagnóstico-terapéutico, beneficiando tanto al paciente como al médico (3), (10), (13), (24). La comunicación eficaz entre el personal sanitario, los pacientes y sus familiares, permite llegar a un diagnóstico correcto, tomar decisiones sobre las mejores acciones terapéuticas, elaborar planes de seguimiento y mejorar la adherencia (5), (25); siendo este ámbito un pilar que no puede ser relegado (26). En primer lugar, se puede mencionar los ensayos controlados de Kaplan y cols. que mostraron mejores resultados de salud medidos objetivamente, (mayor reducción de cifras tensionales, menores niveles de hemoglobina glucosilada, mejor puntaje en escalas de funcionalidad y salud subjetiva en pacientes con enfermedades catastróficas o crónicas), siendo esto

resultado de la mayor participación del paciente en la toma de decisiones, con mayor cumplimiento de sus expectativas, mejor adherencia al tratamiento y mayor satisfacción en general (10), (13), (27). Otro aspecto importante es que tener mejores habilidades en comunicación permite a los médicos gestionar el tiempo de consulta de manera más eficaz, de tal modo que quienes han desarrollado aspectos como la empatía, exploración de creencias y expectativas de los pacientes, han consumido el mismo tiempo que aquellos que no lo hacen. Además, el 90% de los pacientes se sienten satisfechos con la consulta cuando consideran que el médico es un buen comunicador, y solo en el 25% de los pacientes lo están cuando opinan lo contrario (4). De lo anteriormente citado deriva un mayor poder resolutivo por parte de los profesionales, considerando también que los pacientes tendrían menor necesidad del uso de consultas. (10), (27)

El Consenso de Toronto publicó en 1991 una revisión sobre la efectividad de la comunicación, las deficiencias más importantes que ocurrían en la práctica clínica y los métodos de enseñanza recomendados (10), (24). Según datos de este Consenso, las falencias más importantes y comunes fueron; alrededor del 50% de las quejas de los pacientes y el 54% de sus problemas psicosociales no son detectados, el médico y el paciente no están de acuerdo sobre la naturaleza del problema en la mitad de los casos, el paciente no tiene la oportunidad de describir su problema ya que es interrumpido por el médico en un tiempo promedio de 18 segundos, una escasa proporción de las consultas incluyen educación al paciente, una alta cantidad de pacientes no entienden o recuerdan lo que el médico les dijo acerca de su diagnóstico y el plan terapéutico. La ansiedad del paciente y su pobre satisfacción están relacionadas con la falta de información, explicación y retroalimentación por parte del médico, sumando a esto que el lenguaje utilizado es poco claro, lo que lleva a una adherencia al plan terapéutico y de seguimiento de menos del

30%. Por otro lado, la mayoría de litigios por mala práctica derivan de problemas en la comunicación (3), (4), (5), (10), (13). Un modelo de entrevista centrado en los problemas del paciente en vez de la agenda del médico, permite abordar la perspectiva del primero, venciendo las posibles limitantes generadas por la ansiedad, el miedo o la vergüenza; lo que hace la entrevista más eficaz, disminuyendo el número de consultas de seguimiento por el mismo problema, los exámenes de gabinete solicitados y también las interconsultas/referencias. (6)

2.2.4. PRINCIPIOS ASOCIADOS CON LA ADECUADA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

En cualquier ámbito, la comunicación efectiva está basada en 6 principios, relacionados con objetivos y habilidades universales (6):

- ✓ Establecer un común acuerdo, se refiere a conocer las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente, además conocer su entorno sociocultural; esto permite hablar de los diferentes puntos de vista en un ambiente de respeto, emitir respuestas incondicionales que no juzguen al paciente, negociar antes de tomar decisiones y resolver conflictos. El objetivo final es que el paciente acepte, entienda y siga las recomendaciones que se elaboraron con él, que obviamente son razonables y respeten sus creencias.
- ✓ La comunicación es un proceso interactivo, que termina una vez que ambas partes reciben retroalimentación de que fueron escuchadas, entendidas y aceptadas. Existen múltiples factores que interrumpen este proceso, entre ellos, que el mensaje sea

ambiguo o contradictorio, que no sea recibido o que sea malinterpretado. Es por esto que en la relación médico paciente, la tarea no finaliza al emitir el mensaje.

- ✓ Reducir la ansiedad que puede bloquear la comunicación. Para cualquier persona es fuente de ansiedad visitar al médico, ya sea por lo que piense de su enfermedad o al creer que el médico puede juzgarla, esto ocasiona que olvide datos importantes al momento de la entrevista. Existen factores que pueden incrementar esa ansiedad, como por ejemplo, ser interrumpido mientras se intenta contar qué sucede, ser atendido por un médico que no se conoce, la presencia de estudiantes en el consultorio, no entender la necesidad de ciertas preguntas (ejemplo: preguntar sobre conductas sexuales a adolescente que acude por dolor de rodilla), o no entender la necesidad de realizar determinados exámenes complementarios.
- ✓ Pensar en posibles escenarios. Si un paciente tiene una conducta desaconsejada repetitiva, el ser empático y explorar las razones para ello es más efectivo que ser enérgico y recomendar nuevamente no hacerlo.
- ✓ Flexibilidad ante las situaciones, ya que los médicos requieren reaccionar dinámicamente a los diversos contextos.
- ✓ La comunicación tiene un curso helicoidal, lo que una persona dice influencia lo que la otra contesta y así sucesivamente, por tanto el entendimiento mutuo va cambiando entre los participantes a medida que sus mensajes se refinan y son repetidos de manera reiterada durante la conversación.

En el ámbito específico de la Medicina, se han descrito 3 tipos de habilidades para la comunicación que se interrelacionan durante una entrevista clínica, el éxito de esta última depende de su adecuado desarrollo (6):

- ✓ Habilidades de contenido: Se refiere al “qué”, es decir, al conocimiento clínico utilizado por el médico, incluye la información que reúne mientras realiza la historia clínica y el conocimiento que entrega al dar explicaciones a los pacientes.
- ✓ Habilidades de proceso: Se refiere al “cómo” la información es obtenida del paciente y cómo el conocimiento es comunicado. Tiene que ver también con el lenguaje verbal y no verbal que utiliza en este proceso, su manera de construir una relación con el paciente; tomando en cuenta como estructura las ideas.
- ✓ Habilidades perceptuales: Engloba los pensamientos y emociones del médico durante el proceso de razonamiento clínico y resolución de problemas de los pacientes, influenciado por lo que el médico piensa del paciente y de la enfermedad específica, además por las actitudes del médico, su confianza y distracciones del día a día.

No tiene sentido poseer el conocimiento más actualizado si el médico no logra descubrir el verdadero motivo de la visita de su paciente. De igual manera, el objetivo del médico es comunicar un plan de acción que sea claramente entendido. Finalmente, si el médico se irrita con la personalidad del paciente o encuentra algún otro distractor en él que lo aparte de las habilidades de proceso y contenido, no podrá efectuar un diagnóstico adecuado. Si no se desarrollan estas 3 habilidades, la entrevista será un desperdicio de tiempo (6) y no cumplirá con su objetivo de brindar el mejor cuidado a los pacientes (9). Una comunicación efectiva es posible en la práctica cotidiana, y puede alcanzarse sin prolongar la duración del tiempo de consulta una vez que el médico haya aprendido técnicas apropiadas. (10)

2.3. ENTREVISTA CLÍNICA

2.3.1. *ENTREVISTA CLÍNICA - DEFINICIÓN*

La entrevista es un proceso de comunicación que se realiza habitualmente entre dos personas; es una conversación que tiene intencionalidad, es decir, que tiene objetivos definidos, ya que en última instancia el entrevistador obtendrá información específica del entrevistado; cabe recalcar que los roles de entrevistador-entrevistado van cambiando durante su desarrollo.

En el ámbito sanitario la entrevista es semiestructurada, ya que de antemano se sabe qué tipo de información se quiere conseguir, y hacerlo se ve facilitado con cierta guía.

2.3.2. *MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL PACIENTE*

En un estudio cualitativo realizado en España en el 2002 por Jovells, sobre cómo ven los pacientes a los médicos, los primeros expresaron (7):

“Lo primero que uno espera del médico es que te mire, te escuche y que, una vez que le explicas los síntomas, te dé respuestas satisfactorias, te prescriba un tratamiento y te recomiende chequeos periódicos”.

“Cuando te dan información, ésta debe ser comprensible, porque a veces empiezan a hablar, y hablar y hablar... y uno piensa: ¡éste debe creer que yo estaba sentado en el pupitre de al lado cuando estudiaba medicina”.

En el modelo de atención centrado en el paciente, el entrevistador promueve una relación en la que ambos actores se encuentran en un terreno común para hablar sobre las preocupaciones del paciente y su percepción sobre lo que le ocurre; todo ello encaminado a la toma conjunta de decisiones sobre el plan de manejo y seguimiento, considerando las expectativas del paciente y su experiencia personal. Destacándose entre otras características el buscar que los pacientes formulen preguntas concretas, que expresen sus emociones y proporcionar información según las necesidades individuales, es decir, este es un modelo participativo. (7)

Byrne y Long, en un trabajo realizado con audiograbaciones en el que estudiaron entrevistas de atención primaria, llegaron a la conclusión de que los profesionales se inclinaban mayoritariamente por un estilo “centrado en la experiencia del entrevistador”, por tanto, el paciente no podía hablar sobre sus preocupaciones. (7)

Según datos de Henbest R.J. y Starfield B., cuando médico y paciente llegan a un acuerdo sobre el significado de los signos/síntomas del paciente y lo que se hará al respecto, mejora la satisfacción de éste último y también sus resultados biomédicos utilizando el mismo tratamiento, adicionalmente, los pacientes cambian menos de profesional. Es importante notar que la comunicación juega un rol fundamental en este modelo y su herramienta es la entrevista clínica semiestructurada. (7)

2.3.3. ELEMENTOS DE UNA ENTREVISTA CLÍNICA SEMI-ESTRUCTURADA

Los médicos se quejan con frecuencia de que se sienten fuera de control al conversar con los pacientes (6), el entrevistador intuitivo tiene tendencia a suponer datos que no ha comprobado de manera suficiente, el entrevistador campo-dependiente flota sobre los temas que salen en la conversación sin seguir un plan o agenda de entrevista; ambos estilos suelen mezclarse, generando un entrevistador disperso (7). La entrevista semi estructurada consiste en una secuencia lógica de intervenciones que conforman una guía orientativa, dado que el entrevistador tiene la potestad de cambiar la estrategia en cada momento dependiendo de la demanda concreta. La existencia de una “estructura” evita que el médico divague sin sentido en las diferentes partes de la consulta, a la vez permite que organice su pensamiento y guíe la entrevista según hacia donde quiere llegar, también sirve para identificar qué etapas de la entrevista ya han concluido y previene que olvide o salte partes importantes que requieren ser abordadas (6); asegurando así unos mínimos de calidad en la comunicación, además permite ampliar las técnicas relacionales, es fácil de introducir en la rutina diaria tras entrenamiento, es generalizable a la mayoría de casos, es bien tolerada por los pacientes, disminuye los errores y previene el desgaste emocional (7). Para todo lo antes mencionado el médico debe emplear habilidades apropiadas, sin olvidar que es igual de importante lo que se dice como la forma en que se lo hace (6). Entre los inconvenientes que se ha encontrado en la práctica de este tipo de entrevista, se ha descrito la deshumanización de la relación si es aplicada con tecnicismos excesivos, convirtiéndola en una entrevista totalmente estructurada, rígida e inflexible.

Varias declaraciones y consensos han propuesto habilidades esenciales que deben ser adquiridas en el espectro de la educación médica, entre ellos se encuentran; el Consenso de Kalamazoo I y II (Conferencia de Bayer-Fetzer en comunicación médico paciente en educación médica, 2001), Consenso de Toronto (Simpson y cols, 1991),

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME, 2001, fue revisado y modificado en el 2005). (3)

Durante el Consenso de Kalamazoo se identificaron los siguientes momentos principales en una entrevista clínica: abrir la discusión (permitir al paciente completar su relato inicial, esclarecer las preocupaciones del paciente, establecer conexión con el paciente); reunir la información (utilizar preguntas abiertas y cerradas adecuadamente, estructurar/clarificar/resumir la información, escuchar activamente usando lenguaje verbal y no verbal); entender la perspectiva del paciente (explorar el contexto, preocupaciones y expectativas del paciente, responder a las ideas, sentimientos y valores del paciente); compartir información (usar lenguaje apropiado, verificar el entendimiento del paciente, promover un espacio para preguntas); alcanzar un acuerdo en planes y problemas (promover la participación del paciente en la toma de decisiones acorde a sus deseos, verificar la capacidad del paciente para seguir el plan, identificar la lista de recursos y apoyo); promover el cierre (preguntar si el paciente tiene preocupaciones, resumir y afirmar los planes de acciones, hacer un plan de seguimiento). (28)

Según la guía para la entrevista médica de Calgary/Cambridge, el proceso de comunicación entre el médico y el paciente debe constar de los siguientes momentos: inicio de la sesión, reunir toda la información, examen físico, explicación/planificación de acciones y cierre de la sesión. (8)

2.3.3.1. ENTREVISTA CLÍNICA SEGÚN EL MÉTODO CALGARY / CAMBRIDGE

Cada una de las secciones descritas en el método tiene objetivos específicos, además, describe las habilidades que pueden ayudar a alcanzarlos (6):

– *Iniciar la sesión*

Posiblemente, el inicio de la sesión determine cómo será el resto de la entrevista, lastimosamente, no suele enseñarse que ésta sección difiere del relato de la enfermedad actual, por lo que el hilo narrativo deber ser recapitulado en múltiples ocasiones. Los objetivos son:

- ✓ Preparar la sesión.- Implica que el médico esté listo emocionalmente para iniciar la entrevista, para ello debe dejar de lado preocupaciones personales y profesionales; empezar de mal humor o con la mente en otro lugar impide establecer “sintonía” con el paciente y llevar a cabo una entrevista eficaz. Además, es necesario que el médico revise la historia clínica del paciente con el que se entrevistará, y evite cualquier tipo de sentimiento negativo sobre ese encuentro generando expectativas falsas.
- ✓ Establecer rapport o sintonía.- Rapport es un término empleado en psicología que hace referencia a la construcción de un vínculo psicológico/emocional entre dos personas. Para ello, se debe crear un ambiente que haga que el paciente se sienta bien recibido y que va a ser escuchado. Este vínculo se construirá durante toda la entrevista y en las consultas de seguimiento, para empezar se recomienda que el médico:
 - Salude empáticamente (lenguaje verbal y no verbal), se presente y explique cuál es su rol en el ámbito que se encuentra.
 - Verifique quién es el paciente, es decir, que lo llame por su nombre.

- Demuestre su preocupación e intención de escuchar
- ✓ Explorar las razones para la visita.- Incluye algunos componentes. El médico debe realizar una pregunta abierta con la intención de conocer qué motivó al paciente a buscar la consulta. Incluso si se trata de un paciente que el médico ha conocido en el pasado, jamás debe suponer que el paciente acude solo por control de alguna patología crónica, siempre debe iniciarse de cero, (ejemplo: ¿qué lo trae por aquí el día de hoy?), ya que una mala pregunta inicial desvía la agenda hacia problemas diferentes de los que el paciente quería abordar. El relato del paciente en este punto puede brindar mucha información, por lo es necesario que el médico escuche activamente y sin interrumpir por pocos minutos; a la vez explorando si existen más motivos de consulta. Es necesario también que el médico haga un pequeño resumen de lo expuesto para retroalimentar el proceso comunicativo y aclarar malentendidos. Llenar la historia clínica interfiere con la generación el vínculo médico-paciente, por lo que es desaconsejado. El objetivo de esta sección es conocer el/los motivos de consulta que permitan agendar óptimamente el resto de la entrevista.
 - ✓ Agendar la entrevista.- Se negocia con el paciente sobre los problemas que serán abordados durante la sesión, exponiendo los puntos de vista del médico y el paciente.

– *Reunir información*

Según el modelo de razonamiento diagnóstico de Ian McWhinney, los objetivos de esta sección son:

- ✓ Recabar una historia biofísica completa: El médico debe estructurar la anamnesis en dos fases, una inicial de escucha activa y preguntas abiertas, para posteriormente

buscar mayor información de manera dirigida con el uso de preguntas cerradas, teniendo como fin último describir el problema (aparición, causas, características, modificantes, evolución).

Cuando el médico asume prematuramente lo que sucede, tiende a interrumpir de manera constante para iniciar las preguntas una y otra vez, tornándose la entrevista más larga y menos eficiente. El uso de preguntas abiertas y la escucha activa permite al médico pensar en el problema en vez de qué preguntar posteriormente como en un interrogatorio. Se recomienda empezar solicitando al paciente que inicie la narración de lo que le sucede, parafraseando y clarificando cuando sea necesario. Las preguntas cerradas buscan cosas muy específicas. Esta fase satisface la agenda del médico, ya que mediante el análisis de fenómenos podrá elaborar un adecuado diagnóstico diferencial. Es sumamente importante evitar dar consejos o diagnósticos en esta fase, ya que entorpece el razonamiento clínico al interrumpirlo antes de terminar la anamnesis.

- ✓ Conocer la perspectiva del paciente sobre su padecimiento y sus repercusiones: Mediante la exploración de las ideas del paciente, sus percepciones, expectativas, sentimientos e impacto del problema sobre su vida, el médico satisface parte de la agenda del paciente. Esto requiere que el médico valide al paciente y sus emociones en un continuo verificar de que entendió lo que le quieren transmitir. Se prefiere iniciar por la parte biofísica del problema para evitar que el paciente sienta que se intenta evadir la elaboración de un diagnóstico.
- ✓ Conocer los antecedentes biopsicosociales del paciente: Iniciar la entrevista con su investigación promueve una consulta centrada en la agenda del médico. Durante el hilo narrativo inicial es posible que el paciente ya haya mencionado algunos de sus padecimientos crónicos.

- ✓ Mantener la empatía durante el proceso, a través de comunicar que se entiende lo que el paciente expresa, con lenguaje verbal y no verbal.

Las habilidades que ayudan al médico durante esta parte de la entrevista son:

- ✓ Facilitar el discurso del paciente mediante el uso del silencio y el parafraseo, esto último consiste en reflejar la interpretación de lo que el paciente dijo.
- ✓ Resumir la información para organizarla, alentar a dar mayor explicación, clarificar malos entendidos, elaborar una idea de lo que el paciente sabe y a dónde quiere ir.
- ✓ Señalizar, es decir, explicar los objetivos del médico durante la entrevista y la utilidad de los mismos. Esto permite que el paciente se concentre en su discurso, contribuya con agrado y reduzca su ansiedad.
- ✓ Volver al motivo de consulta, redirigir la entrevista en caso de que el paciente sea disperso, averiguando previamente por qué su discurso toma ese curso.

– *Explicación y planeamiento*

La explicación y los planes diagnósticos/terapéuticos/de seguimiento, deben ser únicos, adaptados a cada paciente en particular, ya que esto permite un mejor uso del tiempo, con mayor impacto psicológico en el paciente. Las explicaciones largas y técnicas causan frustración en los pacientes y por lo general, son poco retenidas en su memoria.

Los objetivos de esta sección son:

- ✓ Proveer información adecuada en cantidad y tipo, de una manera que permita ser entendida y recordada: Para esto, el médico debe indagar qué tanto sabe el paciente y qué desea conocer con exactitud. El lenguaje debe ser claro, libre de jerga y palabras complicadas, además debe ser entregado en orden lógico (posible diagnóstico, causas,

pronóstico, tratamiento). Durante el proceso el médico debe verificar que el paciente entendió.

- ✓ Entender de manera compartida: Consiste en que el médico busque la reacción del paciente frente a la información que le entregó y contener sus emociones según la situación.
- ✓ Alentar al paciente a estar envuelto en la toma de decisiones: El médico debe determinar qué tanto desea el paciente estar envuelto en la toma de decisiones, para ello, necesita dar información sobre alternativas, hacer sugerencias y explicar su razonamiento en caso de ser necesario.

En esta sección se verifica constantemente que el paciente entendió la información que fue entregada por el médico, también se utilizan el resumen y la señalización.

– *Cerrar la sesión*

Tiene tres objetivos principales:

- ✓ Acordar responsabilidades/compromisos, tanto para el paciente como para el médico, se conoce a esto con el término “contracting”.
- ✓ Elaborar un plan de contingencia: El médico debe explicar signos/síntomas de alarma por los cuales buscar ayuda y dónde conseguirla. También pueden ser cambios del plan original.
- ✓ Verificación final: El médico debe verificar que todo el plan fue entendido y que el paciente se encuentra satisfecho con la entrevista.

2.3.4. *DISFUNCIONES DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA*

Pese a que los seres humanos somos entidades individuales, tenemos tendencia a actuar dentro de determinados patrones, y lo que se hace de manera inadecuada durante una entrevista clínica no escapa a ello. Entre los síndromes disfuncionales en el entrevistador más comúnmente descritos se encuentran (7):

- Entrevistador de baja eficiencia: Se caracteriza por una mala gestión del tiempo. Muchos estudiantes y algunos residentes caen en esta categoría, sin embargo esto se corregirá tras lograr concentrarse en los objetivos de la consulta. Existen algunos perfiles; como lentitud para recabar la información y para pasar de una sección a otra, dispersión al saltar de un tema a otro según lo que el paciente saca a colación (depende del campo), y rapidez al cerrar secciones de manera precipitada dando la impresión de invertir un mínimo de energía en la consulta.
- Entrevistador de poca empatía: Desarrolla la entrevista de manera muy técnica, interesado más en los fenómenos que en las personas, en las técnicas que debe realizar, convirtiendo a las personas en portadoras de padecimientos, sin reparar en el contenido emocional. Se pueden distinguir diferentes perfiles, como los profesionales que son fríos inicialmente pero se abren poco a poco, y quienes son amables pero no toleran explorar las emociones del otro. Tanto la cordialidad como la empatía son elementos fundamentales durante la entrevista, la amabilidad creará oportunidades para la empatía, ya que así el paciente se sentirá cómodo y respetado.

- Entrevistador de alto control: Se irrita frente a situaciones que no vienen al caso según su secuencia de pensamiento, dirige constantemente sus esfuerzos a obtener datos semiológicos que avalen o refuten su primera impresión diagnóstica, convirtiendo la entrevista en un interrogatorio; todo lo que no concuerde con este objetivo le parece una pérdida de tiempo.
- Entrevistador con proyección excesiva: Aparentemente se entrega al paciente, pero en realidad lo escucha poco. Se forma una idea del problema a partir de escasa información y desea solucionar la vida del paciente con escasa participación de éste último, proyectando sus propios pensamientos impidiendo que la solución surja de él mismo sin explorar su idiosincrasia.
- Entrevistador emocionalmente reactivo: Este entrevistador devuelve al paciente su tono emocional, por ejemplo agresión con agresión; sin embargo, esto desgasta continuamente al médico creando una impaciencia crónica por percibir a los pacientes como pesados, obteniendo como resultado no disfrutar de su labor. Un entrevistador con competencia emocional por convencimiento crea oportunidades para la empatía gracias a la cordialidad y el respeto, sabe destacar emociones importantes y permite su expresión detectando el efecto que tienen sobre sí mismo y finalmente, se comporta de igual manera con los pacientes que le caen bien como con aquellos que no le caen tan bien. La calidad emocional proactiva que deviene de esta competencia emocional facilita tener siempre una actitud a favor del paciente, con las debidas excepciones (paciente manipulador o que abusa de las prestaciones).

Entender el meollo de la entrevista y trabajar en función de ello con estas dos preguntas; ¿cuál es el problema que hace que el paciente acuda hoy?, y ¿qué puedo hacer yo frente a esto?, ayuda a que el médico empiece la sesión en estado neutral sin preconcepciones, escuchar activamente con empatía e interés genuino, con ánimo de ayuda y que la entrevista fluya, mejorando y corrigiendo las disfunciones antes descritas.

2.4. ENSEÑANZA Y EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA CLÍNICA

2.4.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN

La comunicación es una habilidad fundamental durante la entrevista clínica que puede ser enseñada, aprendida y evaluada (3). Son muchos los países que han introducido la enseñanza de esta destreza desde la formación en pregrado, además múltiples organizaciones a nivel mundial evalúan esta habilidad para acreditar a los médicos. (3), (29)

Los trabajos en el campo de la enseñanza experimental de la comunicación en el contexto de la medicina, empezaron a realizarse a partir de la década de los 60s, a través del uso de talleres de entrenamiento, lectura de material relacionado con el tema, juegos de roles y observación directa del desempeño del estudiante, (ya sea con la presencia del tutor durante la entrevista clínica o con grabaciones de audio y video, tanto con pacientes reales como con pacientes simulados) (9), habiendo probado ser efectivos en diversos estudios. (10)

Lastimosamente, la educación médica tradicional en todos sus niveles es inefectiva al momento de enseñar destrezas en comunicación (10). La manera usual de hacerlo consiste en un curso teórico corto sobre sus principios, sin embargo su conocimiento dista enormemente de ponerlo en práctica (6). La evidencia sobre el efecto del entrenamiento en las habilidades de comunicación de los estudiantes de pregrado, residentes y médicos tratantes no es concluyente. Se ha encontrado un ligero mejoramiento en esta competencia después de uno o más cursos, sin embargo, también se ha reportado un deterioro en la misma después de un tiempo, ya que como cualquier otra habilidad, requiere reforzamiento (10). Algunos estudios sugieren que esta competencia se deteriora durante los años de formación de pregrado, lo que refleja la falta de evaluación y retroalimentación entre otros factores (3). Otro punto a considerar es que los años de experiencia clínica tienen una pequeña influencia, ya que se ha observado una mejoría durante el primer año de postgrado, que se mantiene sin cambio durante el resto de la residencia; recalando que esta habilidad se aprende empíricamente, pero con graves déficits en áreas como la estructuración de la conversación y la empatía con las preocupaciones de los pacientes; que son habilidades que no se aprenden espontáneamente. (6), (10), (12)

Para que un programa de entrenamiento en el desarrollo de destrezas en comunicación sea efectivo debe cubrir varios elementos principales: determinación de metas (entre ellas dejar clara la justificación de su enseñanza), uso de herramientas adecuadas, autoevaluación (13), (30), y reforzamiento, es decir, un continuo revisar y repetir del conocimiento y las habilidades adquiridas (6). Actualmente la mayoría de programas curriculares contiene un programa de entrenamiento en habilidades para la comunicación, sin embargo, las condiciones de aprendizaje para alcanzar un nivel de adecuado no son tomadas en cuenta (26). No es suficiente con aprender una estructura

teórica e intentar recordarla en cada entrevista clínica real, para generar habilidades que influyan en el comportamiento y perduren en el tiempo, se requiere un método vivencial, es decir, hacer lo que se está aprendiendo (6); lo que incluye verse a sí mismo durante el proceso (a través de videograbaciones), recibir retroalimentación constructiva y correctiva, y enfrentar diferentes escenarios en los que se pueda desarrollar nuevas habilidades. Existen varias maneras de hacer lo antes mencionado en un ambiente seguro, como los juegos de roles y el empleo de pacientes simulados. (6), (13)

2.4.1.1. USO DE PACIENTES SIMULADOS EN LA ENSEÑANZA DE LA COMUNICACIÓN

Uno de los métodos más ampliamente usados al enseñar y evaluar destrezas en comunicación, es el uso del “paciente simulado o estandarizado” (SP por sus siglas en inglés), quien se ha definido como una persona o actor que es cuidadosamente entrenada para con precisión, en repetidas ocasiones, y de manera realista, recrear los hallazgos de una historia, así como las respuestas psicológicas y emocionales que tendría un paciente real, todo esto basado idealmente en un caso real. Su uso se ha desarrollado para enseñar, monitorizar y evaluar tanto estudiantes de pregrado como de postgrado alrededor del mundo. (14)

Geoff Norman, un psicometrista de la Universidad McMaster y Michael G. DeGroote benefactor de la de la Facultad de Medicina de la antes mencionada universidad, fueron los primeros en usar el término "paciente estandarizado". El término normalizado o estandarizado se utiliza por dos razones (31):

- En primer lugar, los SP pueden retratar con precisión y coherencia un caso de forma "normalizada", es decir, pueden ser varios hombres entrenados para retratar a un paciente con dolor en el pecho y presentar el mismo reto para cada alumno, sin importar el momento en que esto se realiza o cuál de los SP entrenados lo represente.
- A través de los SP se puede evaluar de una manera consistente y fiable con el empleo de una lista de cotejo, de forma "normalizada", ya que se podrá recordar y registrar los comportamientos de los alumnos.

La aceptación por parte de médicos y estudiantes de medicina del uso de pacientes simulados para el aprendizaje ha sido muy positiva, y se lo prefiere al uso de pacientes reales. El uso del paciente simulado se ha logrado establecer en la enseñanza no solo en la medicina sino también en el área de enfermería, odontología y nutrición. Esta metodología se ha expandido actualmente como una herramienta en el proceso de evaluación de las destrezas clínicas necesarias para obtener certificación y licenciatura de médicos para el ejercicio de la profesión tanto en sus países como fuera de ellos. (32)

Existen muchas ventajas del uso de pacientes simulados en entrenamiento de destrezas de comunicación. El hecho de que los escenarios puedan ser previamente establecidos, al igual que los casos clínicos, permite progresar según la necesidad de aprendizaje, retroalimentar activamente y repetir la escena una y otra vez para explorar opciones actitudinales diferentes. Otra ventaja al usar un paciente simulado es el aprendizaje con menos estresores y en un ambiente más cómodo y seguro tanto para el paciente como para el alumno, por lo que se ha representado a esta metodología como “sombrilla”, por ello según varios estudios, este método ha sido superior en validez y confiabilidad que el juego de roles y otros tipos de simulación. (33)

Hay que considerar que este método puede traer algunas limitaciones, especialmente en lo referente a costos, pues se estima que contratar un paciente simulado requiere una inversión de aproximadamente \$200 (valor estimado en Inglaterra). Otro limitante es el tiempo que toma seleccionar y entrenar actores, sin olvidar el tiempo para la organización y logística de las entrevistas.

Al realizar evaluaciones mediante el uso de SPs, es importante tener en cuenta factores externos que pueden influenciar en la toma de decisiones, a fin de que los resultados expresen realmente las destrezas que el alumno posee, entre los principales se mencionan: los tipos de escenario en las diferentes estaciones, el modelo de administración del test (tiempo, secuencias), la clase de rúbrica a usar (holística o analítica), y por supuesto el modelo de calificación global. (32)

2.4.2. EVALUACIÓN DE HABILIDADES EN LA COMUNICACIÓN

Las herramientas empleadas para evaluar efectivamente las destrezas en comunicación deben poseer propiedades psicométricas adecuadas, además bases que demuestren su eficiencia y fiabilidad (8), (34), sin olvidar que deben basarse en la metodología usada para su enseñanza (9). Las múltiples escalas existentes en la actualidad poseen fortaleza en solo en alguno de estos requerimientos, razón por la cual ninguna ha llegado a convertirse en el estándar recomendado por instituciones que se dedican a asegurar la excelencia en la atención médica, como por ejemplo el National Health Service (NHS), (8). Los instrumentos como las listas de cotejo, sistemas, guías, o modelos existentes, proveen una base estructural con el afán de enseñar, evaluar y mejorar las

habilidades para la comunicación tanto de los médicos en formación como de los médicos en su práctica diaria (35). Esta tarea es más compleja de lo que se piensa, pues existe una divergencia entre los criterios de ejecución y los de evaluación, así, las recomendaciones actitudinales enseñadas en las aulas podrían no encajar con las situaciones prácticas, pues las primeras a menudo solo reflejan ideales acerca de cómo debería ser abordada una situación. Con esto se concluye que los estudiantes de medicina, para afinar sus destrezas en comunicación, requieren trasladar sus conocimientos y experiencias hacia la práctica. (34)

La evaluación requiere además del uso de herramientas de comportamiento básico y técnicas en comunicación médica, las cuales han sido objeto de varios estudios que buscan métodos para lograr este fin, entre ellas podemos mencionar: observación directa del médico o estudiante de medicina, evaluación de las entrevistas clínicas observadas sistemáticamente (SOCEs), cuestionarios basados en listas de cotejo (GATHA-BASE, Escala de Burgoon, Interview Rating Scale –IRS-); evaluaciones en ambientes computarizados, y herramientas que mezclan algunos de estos métodos (36). Las videograbaciones brindan la ventaja de ser observadas por maestros y alumnos al mismo tiempo, brindando una retroalimentación objetiva e inmediata. (37)

Para la validación de la guía Calgary Cambridge, se creó el Global Consultation Rating Scale (GCRS) o Escala Global de Evaluación de Consulta (Anexo 1), que evalúa todos los momentos de la entrevista clínica según 12 dominios usando una escala de likert que va de 0: nada/pobre, 1: adecuado y 2: bien realizado; requiere ser puntuada por un mínimo de 3 expertos en comunicación médico paciente con entrenamiento previo, lo que disminuye al mínimo el riesgo de sesgos; esta característica única del instrumento

convierte a esta escala en una herramienta de alta confiabilidad. Los dominios evaluados son (8):

- Inicio de la sesión: Saluda al paciente, se presenta e introduce la naturaleza de la entrevista, demuestra interés y respeto, se interesa por la comodidad física del paciente, utiliza una pregunta inicial apropiada.
- Identificación del problema: Escucha atentamente, minimiza las interrupciones y da libertad al paciente; invita al paciente a contar sus problemas desde que comenzaron hasta la fecha; hace chequeos y auscultaciones para evaluar otros problemas y agenda cita.
- Exploración del problema: Usa preguntas abiertas y cerradas, pasando apropiadamente de una a otra; facilita las respuestas verbales y no verbales del paciente, por ejemplo con silencios, repeticiones, paráfrasis; recoge y responde a señales verbales y no verbales (lenguaje corporal, habla, expresión facial); aclara explicaciones vagas o que necesitan ser ampliadas; resume regularmente lo dicho e invita al paciente a corregir su interpretación o a dar mayor información; utiliza un lenguaje claro y de fácil comprensión (evita la jerga técnica).
- Perspectiva del paciente: Asume activamente la perspectiva del paciente (ideas, inquietudes, expectativas, sentimientos, efectos sobre su vida); responde apropiada y sensiblemente al paciente y explora aún más su perspectiva.
- Comunicación no verbal: Adopta un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual, posturas, posiciones, movimientos, expresiones.
- Desarrollo de una buena relación: Reconoce los puntos de vista y sentimientos del paciente, no emite juicios de valor; recurre a la empatía para comunicar su apreciación de los sentimientos o de la situación del paciente; brinda apoyo: expresa su preocupación, su comprensión, su voluntad de ayudar.

- Facilitación de estructura: Avanza de una sección a otra, recurriendo a conectores lógicos, incluye la justificación de la siguiente sección; estructura la entrevista en secuencias lógicas, toma en cuenta el tiempo, mantiene la entrevista centrada en el tema.
- Facilitación de la cantidad correcta y del tipo adecuado de información: Segmenta, evalúa, se vale de la respuesta del paciente para guiarle en los siguientes pasos; evalúa el punto de partida del paciente (es bueno si adapta su explicación); descubre qué otra información ayudaría al paciente; busca y aborda las necesidades de información del paciente.
- Ayuda a la comprensión y recuerdo preciso: Organiza la explicación (es bueno si recurre a correctores lógicos/resume); comprueba que el paciente entiende (es bueno si le pide al paciente reestructurar la información facilitada); utiliza un lenguaje claro, evita la jerga técnica y el lenguaje confuso.
- Adopción de la perspectiva del paciente: Relaciona sus explicaciones con el cuadro clínico del paciente; alienta al paciente a dar sus impresiones, sentimientos e ideas propias (es bueno si responde bien); asimila y responde a señales no verbales y verbales encubiertas del paciente.
- Planificación y toma de decisiones en común: Explora las opciones manejables con el paciente; involucra al paciente en la toma de decisiones (es bueno si manifiesta el deseo de participar); negocia apropiadamente un plan de acción mutuamente aceptable.
- Cierre de la sesión: Acuerda con el paciente los próximos pasos, redes de seguridad; resume brevemente la sesión, aclara el plan de atención médica; verificación final de que el paciente está de acuerdo y se siente conforme con el plan de acción.

Finalmente todos los observadores realizan una evaluación en conjunto, que determina si la entrevista fue excelente, buena, aceptable, regular o inaceptable.

Otra de las herramientas más usadas a nivel global para el entrenamiento de esta competencia es el sistema SEGUE, el cual se ha utilizado por varios años como un instrumento rigurosamente validado y estratégicamente modificado, que usa una lista de cotejo diseñada para facilitar tanto la enseñanza y evaluación de las herramientas en la comunicación. Esta lista de cotejo emplea una escala nominal (si/no) que permite tanto a los participantes como a los observadores evaluar si el médico o el estudiante de medicina alcanza cada una de las tareas pre establecidas, además sirve como un recordatorio de las áreas a ser evaluadas al llevar un orden lógico. (35)

Es importante además entender que las competencias en comunicación médica requieren mantenimiento a lo largo de la vida y esto se logra con metas educativas de autoevaluación continua. En atención de salud, es extremadamente importante que el profesional sea capaz de monitorizarse a sí mismo y a sus colegas, convirtiéndose este acto en el instrumento más importante para el mejoramiento de la calidad en la práctica médica. La autovaloración y auto monitorización es una responsabilidad de los profesionales médicos. La mayor parte de esta responsabilidad reposa en la capacidad individual del profesional para evaluar sus propias fortalezas, debilidades y necesidades de aprendizaje para mantener un nivel de competencia adecuado.

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. *OBJETIVO GENERAL*

- Establecer el nivel de competencia de los residentes del postgrado de Medicina Familiar de la Universidad Católica del Ecuador – Hospital Vozandes Quito, en cuanto a la comunicación durante la entrevista clínica con pacientes simulados atendidos en el centro de Medicina Familiar de “La Y”.

3.1.2. *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

- Evaluar cuáles son las áreas de la comunicación durante la entrevista clínica en las que los residentes tienen mayor limitación.
- Determinar si existen características de los médicos que facilitan la comunicación con sus pacientes, como; género y años de residencia.

3.2. HIPÓTESIS

- Los residentes del postgrado de Medicina Familiar no poseen habilidades en comunicación relacionadas con la estructuración de la entrevista clínica, por lo cual necesitan capacitación en ésta destreza para alcanzar un perfil óptimo.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, mixto, que evaluó las habilidades para la comunicación de los residentes de los 3 años que integran la especialización de Medicina Familiar de la PUCE, en convenio con el Hospital Vozandes Quito, mediante videgrabaciones con un paciente simulado, atendido en el servicio de consulta externa de la clínica de Medicina Familiar de “La Y”. Se debe mencionar que los médicos accedieron previamente a la realización de ésta filmación, sin embargo, no sabían quién era el paciente simulado ni cuándo se llevaría a cabo la entrevista para evitar alteraciones en su desempeño (cegamiento simple).

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

Para el periodo académico 2014-2015, el programa de postgrado de Medicina Familiar cuenta con 25 residentes en el Hospital Vozandes, excluyendo a las autoras de la presente investigación el universo es de 23 residentes. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con la fórmula empleada en poblaciones finitas, obteniéndose un total de 21.

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2} = 21$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población = 23

σ = Desviación estándar de la población

Z = Niveles de confianza 95%

e = Límite aceptable de error muestral 5%

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1. *CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

- Médicos Residentes del Postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en convenio con el Hospital Vozandes de Quito, de todos los años de formación.
- Médicos residentes que cumplan con el requisito anterior que hayan accedido a participar en la presente investigación, dejando la constancia de ello en un Consentimiento Informado que fue previamente explicado y entregado, se anexa el formato del mismo (anexo 2).

4.3.2. *CRITERIOS DE EXCLUSIÓN*

- Haber expresado el deseo de no participar de la investigación.

4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE		CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
DEPENDIENTE	COMUNICACION EN LA ENTREVISTA MEDICA	Proceso transaccional y multidimensional entre el médico y el paciente, para hablar acerca de su estado de salud	INICIO DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Saluda al paciente - Se presenta - Demuestra interés y respeto por el paciente y hace que se sienta cómodo - Usa una pregunta abierta apropiada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha atentamente, minimiza las interrupciones y da libertad al paciente - Invita al paciente a contar sus problemas desde que comenzaron hasta la fecha - Hace chequeos y auscultaciones para evaluar mayores problemas y agendar cita 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			EXPLORACIÓN DEL PROBLEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Usa preguntas abiertas y cerradas, pasando apropiadamente de pregunta abierta a cerrada - Facilita las respuestas verbales y no verbales del paciente - Recoge y responde a señales verbales y no verbales (lenguaje corporal, habla, expresión fácil) - Acala explicaciones vagas o que necesitan ser ampliadas. - Resume regularmente lo dicho e invita al paciente a corregir su interpretación o dar mayor información - Utiliza un lenguaje claro y de fácil comprensión, evita la jerga técnica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			PERSPECTIVA DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Asume activamente y la perspectiva del paciente (ideas, inquietudes, expectativas, sentimientos, efectos sobre su vida) - Responde apropiada y sensiblemente al paciente y explora aún más su perspectiva 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			COMUNICACIÓN NO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> - Adopta un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual, posturas, posiciones, movimientos, expresiones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS

			DESARROLLO BUENA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce los puntos de vista y sentimientos del paciente - Recurre a la empatía para comunicar su apreciación de los sentimientos - Brinda apoyo: expresa su preocupación, su comprensión, su voluntad de ayudar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			FACILITACIÓN DE ESTRUCTURA	<ul style="list-style-type: none"> - Avanza de una sección a otra recurriendo a conectores lógicos, incluye la justificación - Estructura la entrevista en secuencias lógicas, toma en cuenta el tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			CANTIDAD Y TIPO ADECUADO DE INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Segmenta, evalúa, se vale de la respuesta del paciente para guiarle en los próximos pasos - Evalúa el punto de partida del paciente - Descubre qué otra información ayudaría al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			AYUDA A LA COMPRESIÓN Y RECUERDOS PRECISOS	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar la explicación (es bueno si recurre a conectores lógicos) - Comprueba que el paciente entiende (es bueno si le pide al paciente reestructurar la información facilitada) - Utiliza un lenguaje claro, evita jerga técnica y lenguaje confuso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			ADOPCIÓN DE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciona sus explicaciones con el cuadro clínico del paciente - Alienta al paciente a dar sus impresiones, sentimiento e ideas propias - Asimila y responde a señales no verbales encubiertas del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			PLANIFICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES EN COMÚN	<ul style="list-style-type: none"> - Explora las opciones manejables con el paciente - Involucra al paciente en la toma de decisiones - Negocia apropiadamente un plan de acción mutuamente aceptable 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS
			CIERRE DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerda con el paciente los próximos pasos - Redes de seguridad - Resumen brevemente la sesión y aclara el plan de atención médica - Verificación final de que el paciente está de acuerdo y se siente conforme con el plan de acción 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Adecuado ✓ No hace 	*GCRS

INDEPENDIENTE	RESIDENTES MED.FAMILIAR	Estudiantes del postgrado de Medicina Familiar de la PUCE R1,R2,R3	SEXO	Masculino/Femenino	Ordinal, cualitativa, dicotómica	Observación
			AÑO DE RESIDENCIA	Número de años	Numérica	Hospital Vozandes Quito
	CONSULTA EXTERNA	Espacio diseñado para atención ambulatoria de pacientes de Medicina Familiar		-Tiempo de atención	Numérica	Videos

***GCRS Global Consultation Rating Scale. Based in CALGARY-CAMBRIDGE model of medical interview (anexo 1)**

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se escogió la herramienta antes descrita (GCRS), y se procedió a realizar la traducción oficial de la misma. Se seleccionó y adiestró el paciente simulado, basado en el guía para entrenamiento de Pacientes Simulados de la University of Southern California, USA (31). Se construyó el guión para la entrevista médica que usaría el paciente simulado con base en el Libro de Trabajo de Casos para Paciente Simulado del Northwest Consortium for Assessment of Clinical Performance, University of Washington, USA (38); este caso englobó aspectos biológicos y psicosociales que conciernen el campo de acción de un médico de atención primaria. Se tomó en cuenta detalles como su vestimenta, lenguaje, actitud con el médico y todos los datos pertinentes de su historial médico y social; se anexa esta historia clínica (anexo 3).

Los médicos que fueron evaluados se escogieron de manera aleatorizada mediante el uso de software electrónico, (21 de 23). Las citas fueron agendadas según el horario proporcionado por el Centro Médico de la Y y el Hospital Vozandes, entre los meses de Marzo y Mayo del presente año.

Se realizó una reunión con las personas que trabajan en la clínica la Y (enfermeras, secretarias, personal de limpieza y guardia), en donde se explicó sobre la investigación, sus objetivos y la metodología a utilizar, dándoles las instrucciones por escrito. La información se entregó a la directora del Centro Médico y fue distribuída a los diferentes médicos tratantes que laboran allí, ya que al ser un centro de enseñanza, los médicos residentes comentan con ellos sobre los pacientes que atienden a lo largo de la jornada. Las videograbaciones se realizaron con una cámara en forma de esferográfico que el paciente

simulado portó en su camisa durante cada entrevista. Las grabaciones obtenidas fueron codificadas y almacenadas en dos lugares (memoria externa y Dropbox) para mayor seguridad.

En una de las entrevistas, un médico residente solicitó autorización al paciente para tomar una foto de sus piernas (el motivo de consulta era cambio de coloración en la piel de esa zona), a lo cual él accedió ya que no se le indicó con anticipación que debía negarse de alguna manera; la foto fue enviada a un grupo de residentes para solicitar ayuda en el plan diagnóstico/terapéutico; por lo que fue necesario cambiar el motivo de consulta y enfermedad actual para las entrevistas siguientes, se anexa ese formato (anexo 4).

Durante la observación directa de las videograbaciones por las dos investigadoras por separado, se corrió la Escala Global de Evaluación de Consulta y simultáneamente se levantó un diario de campo para cada médico evaluado, en el que constan los aspectos subjetivos, objetivos y comentarios o anécdotas, lo que sirvió como sustrato para la evaluación cuantitativa y cualitativa de cada entrevista, finalmente, ambas investigadoras evaluaron el último ítem de la EGEC que requiere calificar la entrevista de manera global, con una escala Likert.

4.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico de los resultados obtenidos se realizó mediante el programa informático SPSS Statistics versión 22, SPSS Inc. Se incluyó la puntuación dada por ambas observadoras para cada entrevista. Se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes), comparación de medias y correlación de variables.

Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizaron tablas, gráficos, y determinación de diferencias entre medias y varianzas mediante los test t de student y ANOVA para un factor respectivamente.

Se realizó una descripción de la información obtenida de los diarios de campo para el análisis cualitativo.

4.7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Para garantizar los aspectos bioéticos de esta investigación, se solicitó autorización mediante un consentimiento informado (anexo 2), que explicaba a los médicos residentes los objetivos y la metodología del estudio. La filmación de la entrevista clínica se llevo a cabo sin que el médico residente lo supiera para evitar cambios en su comportamiento habitual. El paciente simulado que participó en las 21 entrevistas lo hizo de manera voluntaria.

Se garantizó la confidencialidad de los datos al no divulgar los mismos a terceras personas, así como la disponibilidad de los resultados para el personal médico que participó y los docentes del programa.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo general y otro comparativo para determinar si existían diferencias significativas entre subgrupos (año de residencia y género), en cuanto a las habilidades para la comunicación según los hallazgos obtenidos de las puntuaciones de la EGECE.

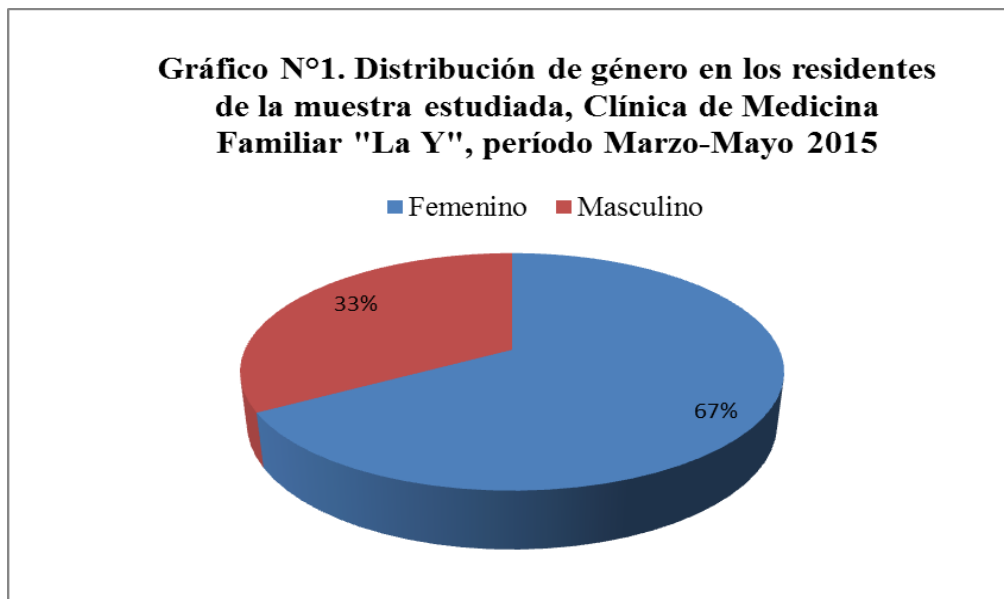
Se realizó además un análisis cualitativo con la información obtenida de los diarios de campo.

5.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

5.1.2. *ANÁLISIS DESCRIPTIVO*

– *Género.*–

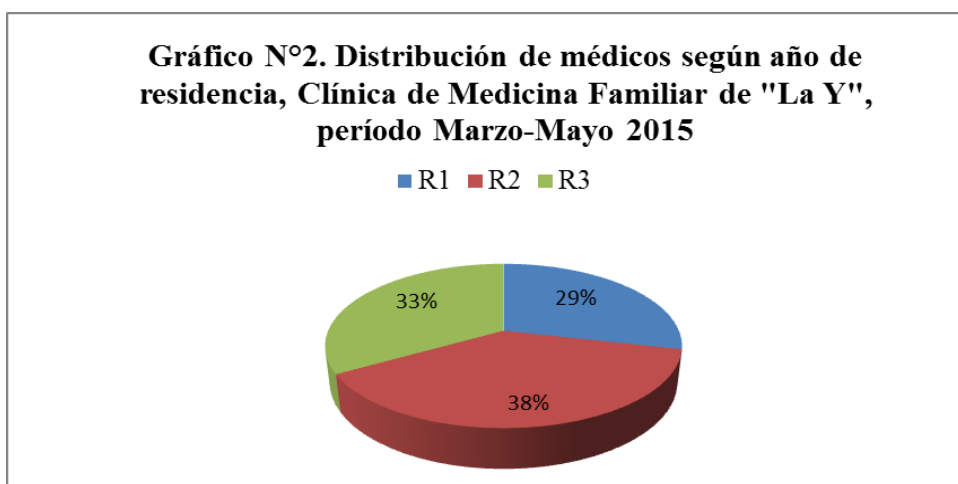
Como se observa en el Gráfico N° 1 , la mayor parte de residentes que conforman la muestra fueron de género femenino (16 de 21).



Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

– *Año de residencia.-*

La distribución de los residentes según su año de postgrado se puede observar en el Gráfico N° 2. Los valores absolutos fueron; residentes de primer año 6; segundo año 8 y tercer año 7.



Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

– *Duración de la consulta*

La duración promedio de las entrevistas fue de 35 minutos, con una desviación estándar de 8,76 minutos, una duración mínima y máxima de 20 y 54 minutos respectivamente.

– *Escala Global de Evaluación de la Consulta (Global Rating Scale)*

Los resultados en cuanto a la evaluación de los residentes de manera global en cada uno de los dominios se resumen en la tabla N°1. La mayoría de dominios se encontraron por debajo del 50% del máximo, siendo las áreas de perspectiva de paciente, facilitación de la estructura de la entrevista, cantidad y tipo de información brindada y toma de decisiones en común las de mayor déficit, con porcentajes menores al 30%.

Tabla N° 1. Análisis descriptivo de los dominios de la Escala Global de Evaluación de Consulta en todos los médicos residentes. Clínica de Medicina Familiar “La Y”, período Marzo-Mayo 2015

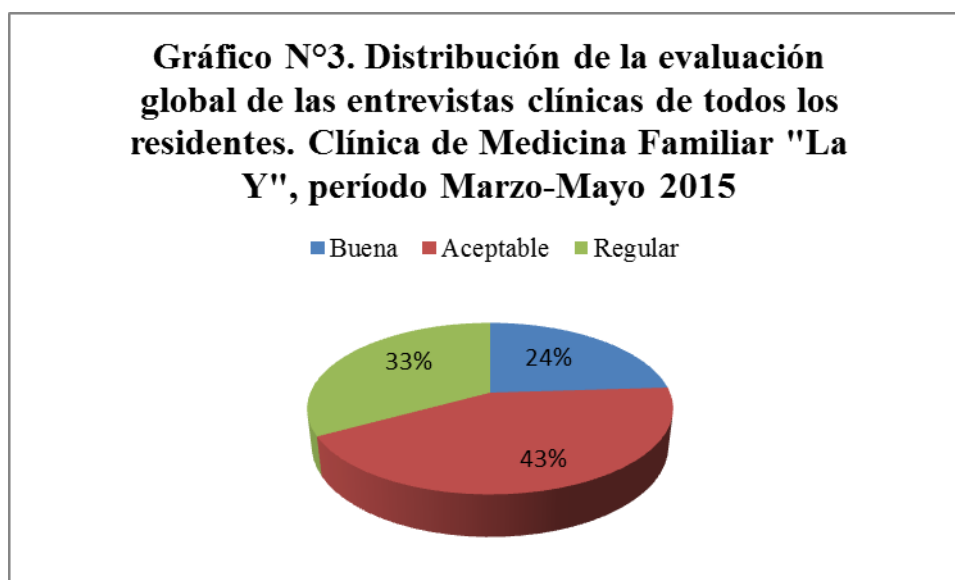
	Máximo alcanzable	Media	Mínimo	Máximo	Moda	Desviación estándar
Inicio sesión	8,00	4,57 (57%)*	2,00	7,00	5,00	1,17
Identificación del problema	6,00	2,98 (49%)*	1,00	5,00	3,00	1,24
Exploración del problema	12,00	4,57 (38%)*	1,00	7,00	5,00	1,70
Perspectiva del paciente	4,00	1,24 (30%)*	0,00	4,00	1,00	1,03
Comunicación no verbal	2,00	1,02 (60%)*	0,00	2,00	1,00	0,47
Desarrollo de buena relación	6,00	2,48 (42%)*	0,00	5,00	3,00	1,31
Facilitación estructura	4,00	1,07 (26%)*	0,00	3,00	2,00	0,92
Cantidad y tipo de información	6,00	1,31 (21%)*	0,00	4,00	0,00	1,26
Ayuda a la comprensión y recuerdo	6,00	2,17 (36%)*	1,00	4,00	2,00	0,82
Adopción perspectiva del paciente	6,00	2,29 (37%)*	0,00	6,00	2,00	1,13
Toma de decisiones en común	6,00	1,36 (22%)*	0,00	6,00	0,00	1,50
Cierre de la sesión	8,00	2,95 (36%)*	1,00	6,00	3,00	1,13
Total entrevista	74,00	28,23 (38%)*	16,00	42,00		6,87

*Porcentaje alcanzado en comparación al máximo (100%).

Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

– *Evaluación de la entrevista en conjunto*

En el Gráfico N° 3 se resume la evaluación global otorgada a las entrevistas tras un consenso de las observadoras (así lo exige el instrumento utilizado). Cabe recalcar que la escala likert de calificación va de excelente a inaceptable, obteniendo estas dos últimas categorías un valor de 0%.



Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

5.1.2. ANÁLISIS COMPARATIVO

– *Relación entre año de residencia y duración de la entrevista*

Se puede observar la diferencia de medias en la duración en minutos de las entrevistas entre los residentes de los diferentes años en la tabla N°2; según el análisis del test de Levene para homogeneidad de varianzas ($p=0,37$) y el cálculo del factor ANOVA de un

factor ($p=0,29$), se determinó que existe diferencia significativa entre ellas. Se realizó el análisis post hoc con el test de Scheffe para conocer entre qué grupos existía la diferencia, determinando significancia entre el grupo de los residentes de primer año y los de tercero ($p= 0.05$), el resto de comparaciones no fueron significativas; esta información se resume en la tabla N°3.

Tabla N° 2. Duración de las entrevistas clínicas según año de residencia de los médicos postgradistas. Clínica de Medicina Familiar “La Y”, periodo Marzo-Mayo 2015

<i>Año de residencia</i>	<i>Promedio duración de la entrevista</i>	<i>Desviación estándar</i>
Primero	29,66	6,31
Segundo	37,25	10,86
Tercero	37,61	5,67

Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

Tabla N° 3. Comparación de promedio de duración de las entrevistas clínicas según año de residencia del médico. Clínica de Medicina Familiar “La Y”, periodo Marzo-Mayo 2015

<i>Año de residencia</i>	<i>Año a comparar</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>Significancia (Scheffe)</i>
Primero	Segundo	-7,58	0,65
	Tercero	-8,04	0,5
Segundo	Primero	7,58	0,65
	Tercero	-0,46	0,98

Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

– *Relación entre año de residencia y los diferentes dominios de la Escala Global de Evaluación de la Consulta (EGEC)*

Para determinar si existe diferencia significativa en los 12 dominios que evalúa la escala según el año de residencia, se realizó una comparación de varianzas entre los subgrupos (residentes de primero, segundo y tercer año).

Se inició el análisis comprobando la homogeneidad de varianzas entre grupos, obteniéndose un test de Levene con un valor de $p > 0,05$ en todos los dominios, (estadístico entre 0,36 y 2,39); al cumplirse también los supuestos de equivalencia de grupos e independencia de los mismos, se realizó el test de ANOVA para un factor, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las varianzas entre grupos en los dominios de planificación y toma de decisiones en común ($F= 1,945$; $p= 0,02$) e identificación del problema ($F= 3,36$; $p=0,04$), se puede observar esta información en la tabla N°4.

Para determinar entre qué grupos existía esta diferencia, se realizó el análisis post hoc con el test de Scheffe, encontrándose significancia en la comparación entre los residentes de primero y segundo año en ambos dominios, habiendo obtenido un mayor puntaje estos últimos. La información se resume en la tabla N°5.

Tabla N° 4. Cálculo de factor ANOVA para determinar diferencia de medias entre subgrupos de residentes de los diferentes años. Clínica de Medicina Familiar de “La Y”, período Marzo-Mayo 2015

		<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
<i>Inicio sesión</i>	Entre grupos	0,57	0,29	0,20	0,82
	Dentro de grupos	55,71	1,43		
	Total	56,29			
<i>Identificación del problema</i>	Entre grupos	9,26	4,63	3,36	0,04
	Dentro de grupos	53,71	1,38		
	Total	62,98			
<i>Exploración del problema</i>	Entre grupos	15,97	7,98	3,04	0,06
	Dentro de grupos	102,32	2,62		
	Total	118,29			
<i>Exploración perspectiva del paciente</i>	Entre grupos	4,57	2,29	2,28	0,12
	Dentro de grupos	39,04	1,00		
	Total	43,62			
<i>Comunicación no verbal</i>	Entre grupos	0,06	0,03	0,13	0,88
	Dentro de grupos	8,92	0,23		
	Total	8,98			
<i>Desarrollo de buena relación</i>	Entre grupos	7,10	3,55	2,18	0,13
	Dentro de grupos	63,38	1,63		
	Total	70,48			
<i>Facilitación de la estructura</i>	Entre grupos	3,15	1,58	1,94	0,16
	Dentro de grupos	31,63	0,81		
	Total	34,79			
<i>Cantidad y tipo de información a dar</i>	Entre grupos	2,88	1,44	0,90	0,41
	Dentro de grupos	62,10	1,59		
	Total	64,98			
<i>Ayuda a la comprensión y recuerdo</i>	Entre grupos	1,12	0,56	0,82	0,45
	Dentro de grupos	26,71	0,68		
	Total	27,83			
<i>Adopción perspectiva del paciente</i>	Entre grupos	2,86	1,43	1,12	0,34
	Dentro de grupos	49,71	1,27		
	Total	52,57			
<i>Toma de decisiones en común</i>	Entre grupos	16,30	8,15	4,22	0,02
	Dentro de grupos	75,35	1,93		
	Total	91,64			
<i>Cierre de la sesión</i>	Entre grupos	3,61	1,81	1,46	0,25
	Dentro de grupos	48,29	1,24		
	Total	51,90			

Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

Tabla N° 5. Test de Scheffe para identificar diferencia de medias entre 2 subgrupos en cada dominio de la EGE. Clínica de Medicina Familiar de “La Y”, periodo Marzo-Mayo 2015

Dominio	Año evaluado	Año a comparar	Diferencia de medias (I-J)	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
<i>Inicio sesión</i>	1	2	0,15	0,95	-1,02	1,31
		3	-0,13	0,96	-1,33	1,07
	2	3	-0,28	0,82	-1,39	0,84
<i>Identificación del problema</i>	1	2	-1,13	0,05	-2,27	0,02
		3	-0,89	0,17	-2,07	0,28
	2	3	0,23	0,86	-0,86	1,33
<i>Exploración del problema</i>	1	2	-1,52	0,06	-3,09	0,05
		3	-0,98	0,32	-2,60	0,65
	2	3	0,54	0,66	-0,96	2,05
<i>Exploración perspectiva del paciente</i>	1	2	-0,81	0,12	-1,78	0,16
		3	-0,54	0,40	-1,54	0,47
	2	3	0,28	0,75	-0,66	1,21
<i>Comunicación no verbal</i>	1	2	0,08	0,90	-0,38	0,55
		3	0,08	0,91	-0,40	0,56
	2	3	0,00	1,00	-0,45	0,45
<i>Desarrollo de buena relación</i>	1	2	-0,83	0,24	-2,07	0,41
		3	0,02	1,00	-1,25	1,30
	2	3	0,86	0,20	-0,33	2,04
<i>Facilitación de la estructura</i>	1	2	-0,46	0,42	-1,33	0,42
		3	-0,69	0,16	-1,59	0,21
	2	3	-0,23	0,78	-1,07	0,61
<i>Cantidad y tipo de información a dar</i>	1	2	-0,46	0,64	-1,68	0,77
		3	-0,65	0,43	-1,92	0,61
	2	3	-0,20	0,91	-1,37	0,98
<i>Ayuda a la comprensión y recuerdo</i>	1	2	-0,40	0,46	-1,20	0,41
		3	-0,30	0,66	-1,13	0,53
	2	3	0,10	0,95	-0,67	0,87
<i>Adopción perspectiva del paciente</i>	1	2	-0,65	0,34	-1,74	0,45
		3	-0,37	0,71	-1,50	0,76
	2	3	0,28	0,80	-0,77	1,33
<i>Toma de decisiones en común</i>	1	2	-1,4583*	0,03 *	-2,81	-0,11
		3	-0,40	0,76	-1,80	0,99
	2	3	1,05	0,13	-0,24	2,35
<i>Cierre de la sesión</i>	1	2	-0,56	0,42	-1,64	0,52
		3	-0,71	0,28	-1,83	0,40
	2	3	-0,15	0,93	-1,19	0,88

Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

- *Relación entre género de los residentes y los diferentes dominios de la Escala Global de Evaluación de la Consulta (EGEC)*

Se realizó una comparación de medias para saber si existía una diferencia entre subgrupos de género en los diferentes dominios.

Se inició determinando la homogeneidad de las varianzas con el test de Levene, siendo el valor $p > 0,05$ en todos los dominios excepto el de inicio de la sesión, donde el valor F fue de 5,03 y el valor p de 0,03. Al cumplirse el resto supuestos en los demás dominios (equivalencia de grupos e independencia de las observaciones), se realizó el test t de student, determinándose una diferencia estadísticamente significativa entre grupos en los dominios; inicio de la sesión ($p=0,12$), facilitación de la estructura ($p=0,3$), adopción de la perspectiva del paciente ($p=0,04$), y puntaje total ($p=0,08$), siendo todos estos puntajes mayores en los residentes de género masculino.

La información sobre las medias en cada uno de los dominios por género se encuentra resumida en la tabla N° 6.

Tabla N° 6. Diferencia de medias entre grupos por género de los diferentes dominios de la EGEC. Clínica de Medicina Familiar “La Y”, período Marzo-Mayo 2015

Dominio	Máximo puntaje	Masculino (media)	Femenino (media)
<i>Inicio de la sesión</i>	8	5,14	4,28
<i>Identificación del problema</i>	6	3,00	2,96
<i>Exploración del problema</i>	12	5,14	4,29
<i>Perspectiva del paciente</i>	4	1,57	1,07
<i>Comunicación no verbal</i>	2	1,00	1,03
<i>Desarrollo buena relación</i>	6	2,92	2,25
<i>Facilitación de la estructura</i>	4	1,50	0,86
<i>Cantidad y tipo de información</i>	6	1,85	1,04
<i>Comprensión y recuerdo</i>	6	2,35	2,07
<i>Adopción perspectiva</i>	6	2,87	2,03
<i>Toma decisiones en común</i>	6	1,78	1,14
<i>Cierre de la sesión</i>	8	3,07	2,89
<i>Puntaje total</i>	74	32,14	26,28

Elaborado por Avecillas A. y Solis D.

5.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

La siguiente es una descripción de los principales hallazgos cualitativos obtenidos de los diarios de campo, siguiendo el orden de los dominios evaluados por la EGEC:

- *Inicio de la sesión.*- Todos los residentes se mostraron amables al recibir al paciente y se preocuparon por su comodidad, pero se observó que 2 de ellos no lo saludaron y 9

no se presentaron. A pesar de que 19 de los residentes realizaron una pregunta abierta inicial apropiada, solo 9 de ellos escucharon activamente y sin interrumpir el relato inicial del paciente y apenas 2 buscaron sintomatología adicional.

- *Identificación del problema.*- Se observó que 1 residente recopiló la información sobre enfermedad actual y antecedentes siguiendo un orden lógico, 8 de los residentes dieron recomendaciones antes de terminar la anamnesis. En cuanto a la recopilación de antecedentes, los 21 residentes indagaron aspectos biológicos y 7 de ellos preguntaron sobre su condición social; de todas maneras, dio la impresión de que solo a 2 de ellos realmente les interesaba conocer esta información y los demás lo hicieron solo para llenar la historia clínica. Ninguno de los residentes agendó los temas de los que se iba a hablar durante la entrevista. Todos los residentes escribieron en la ficha física durante la anamnesis y continuaron recolectando información durante el examen físico.
- *Exploración del problema.*- Para la recolección de los datos, 2 residentes pasaron apropiadamente de preguntas abiertas a cerradas, en los demás se observó un predominio de las preguntas cerradas a manera de interrogatorio para satisfacer su agenda. Todos los residentes facilitaron las respuestas del paciente con silencios, aunque ninguno de ellos usó repeticiones ni parafraseo para lograrlo. Ningún residente utilizó el resumen para cerciorarse de haber entendido todo lo que el paciente le explicó.
- *Perspectiva del paciente.*- La mitad de los residentes exploró la perspectiva del paciente (ideas, inquietudes, expectativas, sentimientos y efectos sobre su vida), pero de manera muy superficial. Ninguno preguntó sobre las emociones del paciente ni sobre los efectos de la enfermedad sobre su vida.
- *Comunicación verbal y no verbal/ desarrollo de una buena relación.*- Todos los residentes tuvieron una postura corporal cómoda y apropiada, 2 de ellos no utilizaron

mandil. Se escucharon muletillas en el lenguaje de 2 residentes, con las palabras “sí”, “verá”; otro de ellos empleaba diminutivos de manera continua: “¿tiene dinero para comprar las pastillitas?”, “abra la boquita”, “saque la lengüita”, “su presioncita está alta”, “queremos proteger sus riñoncitos”. En general los residentes se mostraron empáticos a través de silencios y tono de voz amable, dos mantuvieron un tono de voz monótono, lo que dio un aire de impersonalidad a la conversación. Dos residentes no trataron al paciente por su nombre, y otros tres no mantuvieron contacto visual durante la mayor parte de la entrevista. Se observó que un residente guiñaba los ojos constantemente. Durante las entrevistas 5 de los residentes contestaron el teléfono, luego de lo cual 2 de ellos se disculparon por la interrupción. Un residente emitió algunos juicios de valor: “me interesa conversar un poco más de lo que usted está ignorando”; “su caso es interesante”, “¿el doctor no le explicó que no puede interrumpir la medicación?”, esto último con tono inquisitivo.

En el centro de Medicina Familiar “La Y”, es requisito que los residentes comenten cada entrevista con médicos tutores en caso de que se encuentren presentes, antes de que la entrevista culmine, la mitad de los residentes lo hizo. Se entiende que antes de dejar el consultorio deben explicar los motivos a los pacientes, sin embargo varios médicos se retiraron dando únicamente “espéreme un ratito”, las ausencias fueron de entre 5 a 20 minutos. Al regreso, la mayoría se disculpó por la tardanza, pero no especificó con detalles si la conversación con el tutor modificó su plan de alguna manera.

- *Facilitación de la estructura.*- Ningún residente avanzó de una sección a otra con señalización, tampoco se tomó en cuenta el tiempo de la entrevista. Se mantuvo el enfoque en el motivo de consulta en 12 de las entrevistas observadas, pese a esto, la mayoría se tomó pocos minutos para abordarlo y la mayor parte del tiempo se ocupó

para hablar sobre medidas de prevención primaria y secundaria, redireccionando la agenda con frases como “el problema es su peso”, “tiene que bajar de peso como sea, vaya a la piscina, camine en la playa, coma menos, lo que sea”.

- *Facilitación de la cantidad correcta y tipo de información.*- Ninguno de los residentes exploró el conocimiento previo del paciente respecto a su enfermedad, tampoco la cantidad, ni el tipo de información que éste deseaba conocer. La información dada sobre el problema por el que consultó el paciente fue escasa (menos de 5 minutos) en 12 de las entrevistas. La información sobre diagnóstico y tratamiento se entregó de manera sobrecargada, repetitiva, incompleta y desordenada, con enfoque en explicaciones fisiopatológicas complejas y terminología inapropiada como: “edema”, “edema que no deja fóvea”, “diurético”, “células”, “isquemia”, “sistema renina angiotensina”, “glomérulos”, “hepato tóxico”, “nefroprotector”, “patología”, “perfil lipídico”, “claudicación”, “evento cardiaco”, “calcificarse”, “deglutir”, “usted no tiene clínica”, “screening”, “tenemos unos canales saculares, los suyos tienen cálculos”. Todo esto generó que la información pareciera impartida en una clase para estudiantes de medicina. En todas las consultas se abordó sobre el pronóstico de los factores de riesgo cardiovascular, pese a ello, solo en 2 entrevistas se habló sobre la evolución natural de la enfermedad del motivo de consulta y su pronóstico. Un residente entregó la información de manera fatalista “tiene que tomar el losartán o le dará un infarto o un evento cerebrovascular”, otro de ellos minimizó el problema del paciente “su riesgo cardiovascular es bajo, 16% al lado del 70% que tienen otras personas”.

Nunca se indagó sobre la comprensión del paciente acerca de lo explicado.

- *Planificación y toma de decisiones en común.*- Todos los residentes abordaron las opciones de manejo requeridas por el paciente, éstas fueron impuestas sin negociación con frases como: “es por su bien, es necesario que baje de peso”, “tiene que hacer el

sacrificio de comprar la tableta”, “necesito que no se descuide de la medicación”, “hágase los exámenes mañana”, “tiene que ir al nutricionista”, “tiene que comer mejor para que no se tapen sus arterias”, “necesito que coma 5 veces al día”, “necesito que mantenga la caminata”, “no quiero que coma y se vaya a acostar”, “lo que va a hacer es”, “tiene que hidratar su piel”, “si no tiene cita tiene que conseguir la medicina”, “yo no le voy a dar nada, usted tiene que traerme los resultados de los exámenes”. Un residente realizó un electrocardiograma sin una explicación lógica previa, tampoco solicitó permiso al paciente para hacerlo. En 4 consultas hubo un intento por llegar a acuerdos, con frases como: “le parece si”, “¿qué actividad física le gusta hacer?”. Nadie preguntó sobre la capacidad económica del paciente simulado para realizarse los exámenes que fueron solicitados (parte de un chequeo preventivo), acceso a los medicamentos e interconsultas a otros especialistas. El plan de manejo fue construido casi en su totalidad por el médico en todas las consultas.

- *Cierre de la sesión.*- Seis residentes hablaron sobre signos de alarma, ninguno hizo un resumen de la consulta, ni verificó que el paciente esté de acuerdo con el plan impuesto.

Tras el trabajo de campo, se realizaron 2 preguntas al paciente simulado para conocer su perspectiva, (se transcriben sus respuestas textualmente):

- ✓ **¿Qué características de la comunicación de los residentes le impactó más de manera positiva y por qué?**

La comunicación es un proceso complejo y activo que se demuestra en no solamente lo que se dice, sino, en cómo lo dice, eso implica las palabras utilizadas, el volumen al decirlas, el acercamiento personal, el tono de voz, su inflexión, la dirección de la

mirada y movimiento corporal y en especial la repregunta a sus informaciones y la elaboración de compromiso de acción por parte del consultante (paciente encubierto). En tal virtud esos requisitos fueron utilizados en un 80% de los médicos. El otro 20% interrumpían al atender su teléfono o a compañeros que entraban y preguntaban alguna situación.

✓ **¿Qué características de la comunicación de los residentes le impactó negativamente y por qué?**

Se supone que la consulta la hace un médico graduado y en ejercicio sin importar que esté en la obtención de una maestría. La comunicación se interrumpía y perdía validez cuando (aparentemente no había seguridad) salían a preguntar a su médico residente o guía y se perdía desde cinco a veinticinco minutos en ello. Se perdía el *rapport* necesario y la escucha empática tardaba en reencontrarse. Se puede caer en desprestigio del médico al equivocadamente pensar por parte del consultante (paciente encubierto) que esta persona no tiene los conocimientos precisos o actualizados. Esto se manifestó en un 50% de los médicos consultados.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

Según diversos estudios, las habilidades para la comunicación con pacientes durante la entrevista clínica, se adquieren a través de fundamentos teóricos que son llevados a la práctica de manera estructurada, con técnicas que permiten su repetición en un ambiente seguro para los participantes, con recreación de diferentes escenarios y retroalimentación permanente (3), (6); la malla curricular actual del programa de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, contiene un módulo teórico sobre este tema. De acuerdo a los resultados de la presente investigación, los residentes que participaron tienen limitaciones en todos los dominios evaluados por la EGEC.

Durante la investigación se pudo observar el dominio del médico durante la entrevista clínica, reduciendo los espacios de participación del paciente en todas las secciones, lo que puede estar en relación con el modelo de aprendizaje basado en acompañamiento y repetición (flexneriano), que ha predominado en las Facultades de Medicina del Ecuador desde sus inicios. Este fenómeno también fue observado por Byrne y Long en Inglaterra en 1976, quienes analizaron 2000 audiograbaciones de entrevistas en atención primaria. (7)

Existen pocos estudios que utilicen videograbaciones y pacientes simulados para la evaluación de destrezas en comunicación. Uno de ellos fue realizado por Zick & cols en el 2007 en la Universidad de Chicago (Estados Unidos), con 674 estudiantes de primer año de Medicina, quienes autoevaluaron una entrevista con respuestas abiertas después de ver la videograbación, encontrando como áreas de mayor fortaleza las de establecer “sintonía” o rapport con el paciente, mostrar empatía, mantener el flujo de la conversación y señalar transiciones; y como las de mayor dificultad las de reunir y dar información (39). Al contrastar esos resultados con los del presente estudio y considerando el contexto diferente de los escenarios, en ambos se observó déficit en la habilidad de dar información; que puede explicarse por carencia de habilidades de proceso en los residentes y habilidades de contenido en los estudiantes de pregrado.

En las Jornadas de Educación Médica del 2010 celebradas en México, el departamento de docencia del programa de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, presentó un instrumento para evaluar las competencias en comunicación, construido tras el análisis de 72 videograbaciones de médicos residentes, el instrumento evalúa 9 dominios similares a los de la EGEC, también consta de una sección abierta a opiniones. No se encontró reporte de su uso en un estudio posterior.

En la presente investigación se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre residentes de primero y segundo año en 2 de los 12 dominios evaluados (identificación del problema, toma de decisiones en común), sin embargo el resto de comparaciones no mostraron diferencias. Estos resultados son similares a los obtenidos por Simpson & cols (1991), Yudkowsky & cols (2004) y Wouda & cols (2012); quienes

reportaron que los años de residencia no mejoran las habilidades para la comunicación, a menos que exista una intervención continua. (10), (12), (40)

Una de las dificultades para la realización de esta investigación fue que las observadoras no son expertas en comunicación, lo que hizo necesario estudiar a profundidad el modelo Calgary Cambridge y el instrumento empleado (EGEC).

Según Guiton & cols (2004), existe variabilidad en la evaluación de las habilidades para la comunicación de un mismo médico frente a distintos casos y escenarios (41), debido a que la entrevista clínica puede verse afectada por factores como cansancio del profesional por jornada larga de trabajo previo, o desconocimiento fisiopatológico del problema del paciente. Por lo que evaluar a los residentes con una sola entrevista es una limitación.

Se requiere conocimiento científico sólido sobre los problemas de cada paciente para estructurar la entrevista de manera adecuada, por lo que el cambio inesperado en el motivo de consulta del paciente simulado pudo haber generado un sesgo.

La diferencia encontrada en algunos dominios en los grupos por género, (inicio de la sesión, facilitación de la estructura, adopción de la perspectiva del paciente, y puntaje total), pudo estar influenciada por la distribución anormal de este factor en la muestra estudiada (predominancia de mujeres).

La duración promedio de las entrevistas (35 minutos), está influenciada por dos factores especialmente: agendas con pocos pacientes debido a la poca demanda de los

mismos en ese centro de Medicina Familiar (los residentes no sienten presión por finalizar las entrevistas en un tiempo determinado); y atención integral con enfoque en medidas de prevención cardiovascular primaria y secundaria. En este último punto vale la pena resaltar el efecto que tuvieron las recomendaciones reiteradas en el paciente simulado, quien ha perdido alrededor de 7 kilos de peso durante los últimos 5 meses (3 de entrevistas), además mejoró su adherencia farmacológica a los antihipertensivos. Se le preguntó la razón de este cambio de hábitos, ya que en múltiples ocasiones había recibido recomendaciones sobre alimentación y actividad física, a lo que respondió: “Después de las 21 visitas a los médicos familiares y a la escucha atenta de las explicaciones del origen y mantenimiento del desorden vascular y procesos recurrentes de la alta presión arterial e hinchazón en los tejidos de la pierna derecha (la más afectada), hice conciencia de la necesidad de cambio de rutinas tanto en la alimentación como en su cantidad y elementos que la componen, además de la complementación efectiva de los ejercicios de caminata y natación. Todo ello mejorará mi salud como ha ocurrido en efecto”.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

Después del análisis de los datos obtenidos en esta investigación, se puede concluir:

- Los médicos residentes evaluados presentaron déficit en todos los dominios de la comunicación durante la entrevista clínica.
- Los médicos residentes que participaron tuvieron mayores limitaciones en habilidades como la exploración de la perspectiva de paciente, facilitación de la estructura de la entrevista, cantidad/tipo de información brindada y toma de decisiones en común.
- Existió una diferencia estadísticamente significativa entre los médicos residentes de primero y segundo año en los dominios de identificación del problema y toma de decisiones en común, (mayores puntajes en los de segundo), siendo el resto de comparaciones no significativas.
- Existió una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de género para algunos dominios: inicio de la sesión, facilitación de la estructura, adopción de la perspectiva del paciente, y puntaje total; siendo todos estos puntajes mayores en los residentes de género masculino.

- Existió una diferencia significativa en la duración de las entrevistas entre los residentes de primero y tercer año; sin embargo éste factor no influyó significativamente en sus habilidades para la comunicación.
- Los médicos residentes tuvieron un enfoque integral, con gran énfasis en medidas de prevención cardiovascular primaria y secundaria.

7.2. RECOMENDACIONES

- A partir de los resultados obtenidos, recomendamos la reforma del módulo de comunicación existente en el actual currículo de la especialización de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este módulo debe permitir el desarrollo de destrezas relacionadas con la estructuración de la entrevista clínica y la exploración de la perspectiva del paciente, lo que permitirá cambiar el paradigma actual del modelo de atención sanitario a uno que de mayor importancia a la autonomía del paciente. Como ya se ha mencionado en otras secciones de este trabajo, el programa debe ser teórico-práctico, en un ambiente seguro y con reforzamiento continuo.
- La adquisición de destrezas en comunicación empieza temprano en la formación médica, por lo que la implementación de programas que cumplan con las características antes mencionadas desde el pregrado, facilita su aprendizaje y reforzamiento, mismo que debe continuar en los programas de postgrado de todas las especialidades por ser una habilidad fundamental en el quehacer médico.
- Las videograbaciones permiten retroalimentación objetiva e inmediata de las destrezas en desarrollo, y en la actualidad son una tecnología asequible; por lo que su uso en el

campo de la enseñanza y evaluación de la comunicación es altamente recomendado. La preparación y disposición de pacientes simulados puede tomar una gran inversión de tiempo y dinero, por lo que el juego de roles con los estudiantes y maestros se presenta como una alternativa.

REFERENCIAS

1. Bartlett E, Grayson M, Barker R. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J Chronic Dis* [Internet]. 1984 [cited 2014 Nov 7];37(9):755–64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968184900444>
2. Zoppi K, Epstein RM. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *An Sist Sanit Navar*. 2001;24:23–31.
3. Rider E a, Hinrichs M, Lown B. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Med Teach*. 2006;28(5):127–34.
4. Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *An Sist Sanit Navar*. 2001;24(2):15–22.
5. Debrouwere I. La Comunicación Médico-Paciente en la Consulta Médica. Un modelo de consulta y algunas técnicas para una buena entrevista. Primera Ed. Quito; 2008.
6. Chafer A. Luton & Dunstable VTS-Communication Skills Manual. Communication. 2003; January:0–83.
7. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Comunitaria SE de MF y, editor. Barcelona; 2004. 374 p.
8. Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *Br Med J Open* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Oct 31];4(3):e004339. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3948635&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Second Edi. Abingdom, United Kingdom: Radcliffe Publising; 2005.
10. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Br Med J*. 1991;303(6814):1385–7.
11. Peinado Herreros JM. Competencias Médicas. *Educ Médica*. 2005;8:4–6.
12. Wouda JC, van de Wiel HBM. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012 Jan [cited 2014 Nov 5];86(1):57–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501942>

13. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *Br Med J*. 2002;325(7366):697–700.
14. Jabeen D. Use of simulated patients for assessment of communication skills in undergraduate medical education in obstetrics and gynaecology. *J Coll Physicians Surg Pakistan*. 2013;23(1):16–9.
15. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia. *Soc Española Med Fam y Comunitaria/WONCA*. 2007;1–14.
16. CFPC Working Group On Curriculum, Review. *CanMEDS- Family Medicine*. 2009;(October):1–24.
17. O'Brien-Gonzales A, Chessman AW, Sheets KJ. Family medicine clerkship curriculum: Competencies and resources. *Fam Med*. 2007;39(1):43–6.
18. Frank JR, Snell LS, Sherbino J. The Draft CanMEDS 2015 Milestones Guide * Editors. *Can Fam Physician*. 2015;
19. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:561–75.
20. Burbinski B, Naser M a. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Arch Argent Pediatr*. 1999;97(1):43–6.
21. Rodríguez A, Mardones F, Villarroel L. Relación médico-paciente en algunos campos clínicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición. *Rev Med Chil*. 2009;140(2):176–83.
22. Lázaro, J.; Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:7–17.
23. Vidal y Benito M del C. Acerca de la buena comunicación en Medicina. *Intramed*. 2007;
24. Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educ Médica*. 2003;6(4):159–67.
25. Street R. How clinician–patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 7];92:286–91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113001845>
26. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *C Can Med Assoc J* [Internet]. 1995 [cited 2014 Nov 7];152(9):1423–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/>
27. Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *An Sist Sanit Navar*. 2001;24(2):7–14.
28. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* [Internet]. 2001 [cited 2014

Nov 7];390–3. Available from:

http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2001/04000/Essential_Elements_of_Communication_in_Medical.21.aspx

29. Ruiz Moral R, Prados Castillejo J a., Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L a. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Atención Primaria*. Elsevier; 2001 Jan;27(7):469–77.

30. Education P. Patient Education and Counseling The art of assessment of medical communication skills. 2011;83:143–4.

31. May W. Training standardized patients for a high-stakes Clinical Performance Examination in the California Consortium for the Assessment of Clinical Competence. *Kaohsiung J Med Sci*. Elsevier; 2008;24(12):640–5.

32. Boulet JR, Smee SM, Dillon GF, Gimpel JR. The Use of Standardized Patient Assessments for Certification and Licensure Decisions. 2009;4(1):35–42.

33. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2007 Jul [cited 2014 Oct 20];67(1-2):13–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493780>

34. Hulsman RL. The art of assessment of medical communication skills. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 May [cited 2014 Nov 7];83(2):143–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459252>

35. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2001 Oct;45(1):23–34. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399101001367>

36. Donnon T, Lee M, Cairncross S. Using item analysis to assess objectively the quality of the Calgary-Cambridge OSCE Checklist. *Can Med Educ J* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 7];2(1):16–22. Available from: <http://cmej.synergiesprairies.ca/cmej/index.php/cmej/article/view/110>

37. Beckman H, Frankel R. The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med*. 1994;9(9):517–21.

38. Workbook CD. Standardized Patient.

39. Zick A, Granieri M, Makoul G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video based, open-ended approach. *Patient Educ Couns*. 2007;68(2):161–6.

40. Yudkowsky R, Alseidi A, Cintron J. Beyond fulfilling the core competencies: An objective structured clinical examination to assess communication and interpersonal skills in a surgical residency. *J Surg Educ*. 2004;61(5):499–503.

41. Guiton G, Hodgson C, Delandshere G. Communication Skills in Standardized-Patient Assessment of final year medical students: a psychometric study. *Adv Heal Sci Educ.* 2004;9:179–87.

ANEXO 1

En documento adjunto

ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA.

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

ANA MARIA AVECILLAS

DELIANA SOLIS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento, es proveer de una explicación sobre la naturaleza del estudio a los participantes que accedan a formar parte de él. La investigación es conducida por Ana María AVECILLAS MD. y Deliana Solís MD., del Postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), su objetivo es evaluar las destrezas para la comunicación con pacientes de los residentes del postgrado de Medicina Familiar de la PUCE.

Se solicitará la participación de todos los residentes de los diferentes años que están inscritos en el programa que mantiene la PUCE en convenio con el Hospital Vozandes, sin embargo, se seleccionará de manera aleatorizada de entre quienes acepten, a los residentes que mantendrán una entrevista médica con un paciente simulado, consulta que será videograbada para su posterior evaluación mediante un instrumento metodológico diseñado con este fin, cabe recalcar que con el fin de disminuir sesgos, el médico residente no tendrá conocimiento de que esta filmación se está llevando a cabo (cegamiento sencillo).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para propósitos fuera de los de esta investigación. Las entrevistas serán codificadas usando un número de identificación, y por lo tanto, serán anónimas en la publicación de resultados. Una vez transcritas y evaluadas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en alguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en la investigación conducida por Ana María AVECILLAS MD. y Deliana Solís MD. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar las destrezas de comunicación con pacientes de los residentes del postgrado de Medicina Familiar de la PUCE.

Me han indicado que se videograbará una consulta médica con un paciente simulado, en el centro de Medicina Familiar de "La Y", sin mi conocimiento de que esta filmación se está llevando a cabo; además, que esta entrevista será analizada con una herramienta metodológica previamente diseñada y validada, asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos, su anonimato y su uso únicamente con fines académicos acordes a los propósitos del estudio.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ana María AVECILLAS MD. al teléfono 0998925509 o a Deliana Solís MD. al teléfono 0982943703.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio una vez que haya concluido. Para esto, puedo contactar a las investigadoras a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre del Participante (letra imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 3
ESQUEMA DE LA ENTREVISTA MÉDICA PARA USO DEL PACIENTE
SIMULADO – HISTORIA 1

Nombre del paciente estandarizado: José Vicente Rodríguez

Motivo de Consulta: Coloración oscura en las piernas

Lugar de la entrevista: Consulta externa del Centro de Medicina Familiar “la Y”

Datos demográficos del paciente:

Edad: 65

Género (M/F): M

Etnia /Raza: Mestizo

A quienes está dirigida la evaluación: Estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar.

Fecha: Marzo a Mayo 2015

Historia Médica y Social

¿Qué le molesta? Noto una coloración oscura en mis piernas, en ambas

¿Ha identificado alguna causa para el aparecimiento de esta molestia?

No, pero me dijeron que eran várices y yo no sé qué pasa

¿Cómo es ese color, duele, pica, arde? Se han puesto así solas, no me duele ni me pica o arde, es solo el color

¿Desde cuándo se ha sentido así? Desde hace algunos años

En una escala del 1 al 10, ¿en cuánto considera usted que esa coloración interfiere con su actividades cotidianas? No interfiere de manera alguna, pero me preocupa porque no me parece normal

¿Hay alguna posición o actividad que hace que el color empeore? No, mis piernas siempre están así, desde que me despierto hasta acostarme, el color no varía. Evito ponerme medias apretadas porque me parece que eso puede hacer que empeore

¿Ha tomado algún medicamento para esta molestia?

No, ninguno

¿Ha visitado a algún médico por esta molestia?

Si, hace unos años fui al médico en Esmeraldas y me dijo que eran várices, que evite golpearme en las piernas

¿Ha tenido alguna otra molestia que se presente con este color en las piernas?

No, es solo el color

¿Quizá ha presentado otro tipo de lesiones en la piel, cambios en la temperatura, amortiguamiento? No, solo el color

¿Alguna otra molestia aparte de este color en las piernas en que pueda ayudarle?

Siento dolor en ambas rodillas desde hace varios meses, aparece al caminar, pero de manera esporádica, no es intenso, y no interfiere con mis actividades diarias, puedo caminar todos los días sin mayor dificultad, pero me molesta un poco.

¿Se ha caído o golpeado en las rodillas?

No, no he tenido golpes ni caídas

¿Sus rodillas se han puesto rojas o hinchadas?

No, es solo ese dolor leve

¿Ha tomado algo para el dolor?

No es tan intenso, no he usado medicación

¿Ha consultado al médico por la molestia de sus rodillas?

En realidad no, no le he tomado mayor importancia

Antecedentes patológicos personales

¿Aparte de todo esto, tiene usted algún otro problema de salud?

Sí, tengo la presión alta

¿Qué toma usted para la hipertensión?

Tomo losartán 100 mg cada mañana y también me recetaron una tableta de aspirinita cada día. Pero no tomo las pastillas desde hace como 1 semana porque cambiaron mi cita en el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).

¿Desde cuándo es hipertenso?

Desde hace unos 2 años

¿Cuándo fue su último control?

Fue hace unos 2 meses, el doctor me hizo exámenes de sangre y un electrocardiograma y me dijo que todo estaba bien

¿Cómo considera usted que es su condición de salud en general.

Creo que buena, no he sido muy enfermizo

¿Qué le preocupa a cerca del mareo?

No sé, que pueda ser algo malo en mi cerebro.

A parte de la presión alta, ¿tiene usted alguna otra enfermedad crónica? No

¿Lo han operado alguna vez? No

Información médica adicional

Toma usted medicamentos prescritos, auto administrados u algún tipo de medicina natural? A parte de losartán y aspirinita, no tomo nada más.

¿Tiene usted alguna alergia a medicamentos, alimentos animales etc.? No ninguna

¿Tiene usted algún médico que lo ha visto anteriormente cuando tiene algún problema de salud? En Esmeraldas me ve un cardiólogo, pero es muy difícil tener cita nuevamente con él porque estas citas son dadas a través del call center y es difícil obtener una.

¿Alguien de su familia tiene alguna enfermedad importante como hipertensión, diabetes, cáncer u otra enfermedad crónica?

Mi padre murió con cáncer de próstata y mi hermana menor parece que tiene la presión alta también y enfermedad de Parkinson.

Historia Social

¿Qué nivel de educación tiene usted? Superior

¿A qué se dedica actualmente? Actualmente estoy jubilado, pero doy asesoría en educación y en algunas tesis, además, como soy psicólogo, también doy terapia familiar, pero todo sin horario fijo.

¿En dónde vive usted? En Esmeraldas, pero tengo una casita aquí en Quito, en Zabala, por lo que vengo casi cada mes para ocuparme de cuidar la casa, porque está desocupada.

¿Con quién vive usted? Con mi esposa y mis dos hijos menores

¿Practica usted algún deporte o tiene algún hobby? Si yo suelo salir a caminar a la playa casi todos los días con mi esposa, es un recorrido de más de una hora, lo hacemos a paso rápido, por lo general en la mañana, otros días en la tarde.

¿Practica alguna religión o recibe apoyo por parte de alguna iglesia? Soy cristiano y pertenezco a un grupo en donde recibimos apoyo espiritual

¿Cuál es la fuente de ingresos económicos?

La pensión de la jubilación y mi trabajo actual

Hábitos y factores de riesgo

¿Cómo es su dieta? Como la mayoría de la gente de la costa, con desayuno compuesto por plátano verde en diferentes preparaciones, el almuerzo arroz, una menestra y alguna presa y la merienda nuevamente verde con queso y café.

¿Hace ejercicio?: Sí, camino cada día en la playa

¿Fuma? No

¿Toma licor? No

¿Usa drogas? No

¿Algo lo ha tenido muy estresado últimamente? Creo que no.

.....

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE SIMULADO

¿Qué ropa debería utilizar? Ropa casual, acorde a la ocasión y clima, pantalón, camisa y chaqueta.

¿Qué lenguaje corporal debería tener? Tranquilo, facies ligeramente preocupado por su problema de salud, pero no ansioso ni angustiado.

¿Qué sabe el paciente sobre su problema? Solo lo que el médico le dijo una vez, que el color de sus piernas se debe a várices y que debe evitar golpearse

COMO DEBERIA EL PACIENTE SIMULADO ACTUAR ANTE EL EXAMEN FÍSICO

Debe actuar de una manera habitual, y referir un poco de mareo cuando el examinador realiza las maniobras específicas para el vértigo (se explica verbalmente al paciente).

Signos vitales

BP 140/90

Temp 36.6

HR 88x

RR 18x

Peso 95 kg

ANEXO 4
ESQUEMA DE LA ENTREVISTA MÉDICA PARA USO DEL PACIENTE
SIMULADO – HISTORIA 2

Nombre del paciente estandarizado: José Vicente Rodríguez

Motivo de Consulta: Mareo

Lugar de la entrevista: Consulta externa del Centro de Medicina Familiar “la Y”

Datos demográficos del paciente:

Edad: 65

Género (M/F): M

Etnia /Raza: Mestizo

A quienes está dirigida la evaluación: Estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar.

Fecha: Marzo a Mayo 2015

Historia Médica y Social

¿Qué le molesta? Me siento mareado

¿Cómo es ese mareo? Siento como que me da vuelta la cabeza

¿Alguna causa para que haya aparecido este mareo? Ninguna que haya notado, no he tenido infecciones recientes, golpes o caídas

¿Desde cuándo se ha sentido así? Desde hace tres semanas

En una escala del 1 al 10, ¿en cuánto considera usted que ese mareo interfiere con su actividades cotidianas? 6

¿Hay alguna posición o actividad que hace que el mareo se presente o empeore?
Cuando me levanto de la cama o una silla

¿Hay alguna posición o actividad que hace que el mareo mejore o desaparezca? Se queda allí por varios minutos y se va quitando solo

¿Ha tomado algún medicamento para esta molestia?

No, ninguno

¿Ha visitado a algún médico por esta molestia?

No he visitado a ningún médico por esta molestia

¿Ha tenido alguna otra molestia que se presente con este mareo?

A veces me duele un poco la cabeza pero no es siempre, solo me paso una vez.

¿Quizá ha presentado náusea, vómito, ve luces, escucha sonidos/escucha menos, o le duelen los oídos o alguna cosa fuera de lo común? No, solo el mareo

¿Alguna otra molestia aparte de este color en las piernas en que pueda ayudarle?

Siento dolor en ambas rodillas desde hace varios meses, aparece al caminar, pero de manera esporádica, no es intenso, y no interfiere con mis actividades diarias, puedo caminar todos los días sin mayor dificultad, pero me molesta un poco.

¿Se ha caído o golpeado en las rodillas?

No, no he tenido golpes ni caídas

¿Sus rodillas se han puesto rojas o hinchadas?

No, es solo ese dolor leve

¿Ha tomado algo para el dolor?

No es tan intenso, no he usado medicación

¿Ha consultado al médico por la molestia de sus rodillas?

En realidad no, no le he tomado mayor importancia

Antecedentes patológicos personales**¿Tiene usted algún otro problema de salud?**

Sí, tengo la presión alta

¿Qué toma usted para la hipertensión?

Tomo losartán 100 mg cada mañana y también me recetaron una tableta de aspirinita cada día. Pero no tomo las pastillas desde hace como 1 semana porque cambiaron mi cita en el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).

¿Desde cuándo es hipertenso?

Desde hace unos 2 años

¿Cuándo fue su último control?

Fue hace unos 2 meses, el doctor me hizo exámenes de sangre y un electrocardiograma y me dijo que todo estaba bien

¿Cómo considera usted que es su condición de salud en general.

Creo que buena, no he sido muy enfermizo

¿Qué le preocupa a cerca del mareo?

No sé, que pueda ser algo malo en mi cerebro.

A parte de la presión alta, ¿tiene usted alguna otra enfermedad crónica? No

¿Lo han operado alguna vez? No

Información médica adicional

Toma usted medicamentos prescritos, auto administrados u algún tipo de medicina natural? A parte de losartán y aspirinita, no tomo nada más.

¿Tiene usted alguna alergia a medicamentos, alimentos animales etc.? No ninguna

¿Tiene usted algún médico que lo ha visto anteriormente cuando tiene algún problema de salud? En Esmeraldas me ve un cardiólogo, pero es muy difícil tener cita nuevamente con él porque estas citas son dadas a través del call center y es difícil obtener una.

¿Alguien de su familia tiene alguna enfermedad importante como hipertensión, diabetes, cáncer u otra enfermedad crónica?

Mi padre murió con cáncer de próstata y mi hermana menor parece que tiene la presión alta también y enfermedad de Parkinson.

Historia Social

¿Qué nivel de educación tiene usted? Superior

¿A qué se dedica actualmente? Actualmente estoy jubilado, pero doy asesoría en educación y en algunas tesis, además, como soy psicólogo, también doy terapia familiar, pero todo sin horario fijo.

¿En dónde vive usted? En Esmeraldas, pero tengo una casita aquí en Quito, en Zabala, por lo que vengo casi cada mes para ocuparme de cuidar la casa, porque está desocupada.

¿Con quién vive usted? Con mi esposa y mis dos hijos menores

¿Practica usted algún deporte o tiene algún hobby? Si yo suelo salir a caminar a la playa casi todos los días con mi esposa, es un recorrido de más de una hora, lo hacemos a paso rápido, por lo general en la mañana, otros días en la tarde.

¿Practica alguna religión o recibe apoyo por parte de alguna iglesia? Soy cristiano y pertenezco a un grupo en donde recibimos apoyo espiritual

¿Cuál es la fuente de ingresos económicos?

La pensión de la jubilación y mi trabajo actual

Hábitos y factores de riesgo

¿Cómo es su dieta? Como la mayoría de la gente de la costa, con desayuno compuesto por plátano verde en diferentes preparaciones, el almuerzo arroz, una menestra y alguna presa y la merienda nuevamente verde con queso y café.

¿Hace ejercicio?: Sí, camino cada día en la playa

¿Fuma? No

¿Toma licor? No

¿Usa drogas? No

¿Algo lo ha tenido muy estresado últimamente? Creo que no.

.....

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE SIMULADO

¿Qué ropa debería utilizar? Ropa casual, acorde a la ocasión y clima, pantalón, camisa y chaqueta.

¿Qué lenguaje corporal debería tener? Tranquilo, facies ligeramente preocupado por su problema de salud, pero no ansioso ni angustiado.

¿Qué sabe el paciente sobre su problema?

Debe decir que personas le han dicho que el mareo puede ser debido al colesterol alto.

COMO DEBERIA EL PACIENTE SIMULADO ACTUAR ANTE EL EXAMEN FISICO

Debe actuar de una manera habitual, y referir un poco de mareo cuando el examinador realiza las maniobras específicas para el vértigo (se explica verbalmente al paciente).

Signos vitales

BP 140/90

Temp 36.6

HR 88x

RR 18x

Peso 95 kg

